



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



1.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária

Prof. Doutora Filomena Martins

Prof. Doutor Mário Martins

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
(Escola Secundária Mouzinho da Silveira,
Escola Secundária de São Lourenço e
Escola Superior de Saúde de Portalegre)

João Francisco Roque Crastes

Outubro
2014

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

1.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária
Prof. Doutora Filomena Martins
Prof. Doutor Mário Martins

Relatório de Estágio
(Escola Secundária Mouzinho da Silveira,
Escola Secundária São Lourenço e
Escola Superior de Saúde de Portalegre)

João Francisco Roque Crastes

Outubro
2014

Amadurecer é um ato complicado... Perceber a hora de mudar é ainda mais difícil, mas não tanto se encontrar-mos uma certa figura capaz de abrir os nossos olhos e mostrar que a possibilidades de vida são ilimitadas...

(Autor desconhecido)

AGRADECIMENTOS

Aos colegas do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Comunitária, principalmente com aqueles com quem partilhei o mesmo tema.

A todos aqueles que de forma direta ou indireta me ajudaram a atingir este objetivo, a todos eles o meu obrigado.

Um agradecimento especial aos Professores Doutores Filomena Martins, Mário Martins e Raul Cordeiro, pela disponibilidade e incentivo.

RESUMO

Com a elaboração deste relatório, pretende-se descrever as ações por nós desenvolvidas no estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem Comunitária, as quais se realizaram na Escola Secundária Mouzinho da Silveira, na Escola Secundária de São Lourenço e ainda na Escola Superior de Saúde de Portalegre.

Na Escola Secundária Mouzinho da Silveira foi aplicado um questionário a 264 alunos de 8º ano, 9º ano, 10º ano e uma turma de CEF, para fazer o diagnóstico de situação daquela comunidade escolar relativamente à sexualidade, para tal foi estabelecido um projeto de trabalho entre esta escola e a Escola Superior de Saúde de Portalegre, no sentido de privilegiar a Área da Educação para a Saúde – Sexualidade na Adolescência.

Foi elaborado um projeto de intervenção comunitária, tendo por base o planeamento em saúde, onde foram definidas prioridades, fixaram-se objetivos, selecionaram-se estratégias, fez-se uma preparação da execução, executou-se e avaliou-se a intervenção. Nesta intervenção foram realizadas várias sessões de Educação para a Saúde, onde falamos sobre vários temas, todos eles ligados à Sexualidade. Esta intervenção estendeu-se também a duas turmas da Escola Secundária de São Lourenço.

A outra área de intervenção comunitária teve lugar na Escola Superior de Saúde de Portalegre e contou com 317 alunos do 9º ano e 12º ano da área ciências e tecnologia do Concelho de Portalegre, tendo sido realizadas várias sessões de educação para a saúde, sessões essas interativas, onde se falou de Suporte Básico de Vida, se aprendeu a avaliar a tensão arterial, o índice de massa corporal e falamos ainda sobre hábitos de vida saudáveis

É na adolescência, que se adquirem hábitos e comportamentos saudáveis. Assim, os profissionais de saúde, conjuntamente com a escola, a família e a comunidade envolvente, poderão ter um papel preponderante, capacitando os jovens de competências que lhes permitam optar por comportamentos saudáveis, a nível de alimentação, álcool, uso de drogas, prevenção de infeções sexualmente transmissíveis, gravidez e cidadania, sendo a escola um lugar de excelência para tal capacitação.

Palavras-chave: adolescência, educação para a saúde, hábitos de vida saudáveis, profissionais de saúde, sexualidade na adolescência

ABSTRACT

The elaboration of this report intends to describe the actions developed in the internship at the master's level course in nursing – specialization in community nursing, which took part in Escola Secundária Mouzinho da Silveira, in Escola Secundária de São Lourenço and Escola Superior de Saúde de Portalegre.

In the Escola Secundária Mouzinho da Silveira, a survey was submitted to 264 students from 8th, 9th, 10th grades and CEF, to look at the community aspects of School regarding the sexuality. For that, purpose a work project was established between the school and Escola Superior de Saúde de Portalegre, with the goal to give privilege of the Health Education Area – Sexuality in the Adolescence.

A community project intervention was elaborated, taking in to base in health planning, in which priorities were defined, goals were established, strategies were selected, a preparation of the execution was made, and the intervention was then made and evaluated. In that intervention, various sessions of Health Education were done, where a great deal of themes were discussed, all of them linked to Sexuality. This intervention was also extended to two classes from Escola Secundária de São Lourenço.

The other area of community intervention took place in Escola Superior da Saúde de Portalegre and included 317 students from 9th and 12th grades from the area of science and technology from Portalegre County. Numerous sessions of health education were done, where Basic Life Support was discussed, the students learned how to measure blood pressure and the BMI, and healthy life habits were debated.

It is in the adolescence that healthy habits and behaviors are acquired. Therefore, the health professionals, along with the school, the family and involving community, may have a preponderant role, giving the youngsters competences that will allow them to opt on healthy behaviors, when it comes to eating, alcohol and drug consumption, prevention of DST's, pregnancy and citizenship, being the school an excellent place for that.

Keywords: adolescence, health education, healthy life habits, health professionals, sexuality in the adolescence.

Abreviaturas e símbolos

APF – Associação para o Planeamento da Família
CEF – Curso Educação e Formação
CEP – Conferência Episcopal Portuguesa
CD – Compact Disc
CSE – Curso Superior de Enfermagem
DC – Depois de Cristo
DGS – Direção Geral da Saúde
DIU – Dispositivo Intra Uterino
DST`s – Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESMS – Escola Secundária Mouzinho da Silveira
ESSL – Escola Secundária São Lourenço
ESSP – Escola Superior de Saúde de Portalegre
EVT – Educação Visual e Tecnológica
GSJ – Gabinete de Saúde Juvenil
HACCP - Hazard Analysis and Critical Control Points
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência
IMC – Índice de Massa Corporal
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis
PNS – Programa Nacional de Saúde
RTP – Rádio Televisão Portuguesa
SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SPSS - Statistical Package for Social Sciences
TIC – Tecnologia de Informação e Comunicação
TV - Televisão
ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

Índice

	f.
INTRODUÇÃO	16
 CAPÍTULO I	
1 – ENQUADRAMENTO TEORICO	21
1.1 – O QUE É A SEXUALIDADE?	21
1.2 – EDUCAÇÃO SEXUAL	23
1.2.1 – Conceito	23
1.2.2 – Educação Sexual na Adolescência	26
1.3 – PLANEAMENTO FAMILIAR	28
1.4 – MÉTODOS CONTRACETIVOS	29
1.5 – INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	31
1.6 – GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	32
1.7 – FONTES DE INFORMAÇÃO	34
1.7.1 – Papel dos educadores	34
1.8 – TEORIA SÓCIO-COGNITIVA DE ALBERT BANDURA	43
1.9 – PLANEAMENTO EM SAÚDE	48
1.10 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	51
 CAPÍTULO II	
 INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA EDUCAÇÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA NA ESCOLA SECUNDÁRIA MOUZINHO DA SILVEIRA	
1 – ANÁLISE DO CONTEXTO	57
2 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	60
3 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	62
4 – FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	63

5 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	64
6 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO	65
7 – EXECUÇÃO	67
8 – AVALIAÇÃO	68
9 – ANÁLISE DE DADOS	70
9.1 – VARIÁVEIS SÓCIODEMOGRÁFICAS	70
9.1.1 – Idade e sexo dos adolescentes	70
9.1.2 – Escolaridade e sexo dos adolescentes	71
9.1.3 – Estabelecimento de ensino e sexo dos adolescentes	71
9.2 – AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO	72
9.2.1 – Variável forma como te sentiste durante a sessão	72
9.2.2 – Variável simpatia e disponibilidade dos técnicos	72
9.2.3 – Variável competência e profissionalismo dos técnicos	73
9.2.4 – Variável utilidade dos temas abordados	73
9.2.5 – Variável forma como os temas foram abordados	74
9.2.6 – Variável esclarecimento de dúvidas	74
9.2.7 – Variável a sessão correspondeu às tuas expetativas	75
9.2.8 – Variável grau de satisfação em geral	75

CAPÍTULO III

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA PROMOÇÃO DE HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS NA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE

1 – ANÁLISE DO CONTEXTO	76
2 – FIXAÇÃO DE OBJETIVOS	78
3 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	79
4 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO	81
5 – EXECUÇÃO	83
6 – AVALIAÇÃO	84
7 – ANÁLISE DE DADOS	86
7.1 – VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	86
7.1.1 – Idade e sexo dos adolescentes	86
7.1.2 – Escolaridade e sexo dos adolescentes	86
7.1.3 – Estabelecimento de ensino e sexo dos adolescentes	87
7.2. – AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO	87

7.2.1 – Variável forma como te receberam neste espaço	87
7.2.2 – Variável forma como te sentiste durante o tempo em que estiveste neste espaço	88
7.2.3 – Variável simpatia e disponibilidade dos técnicos	88
7.2.4 – Variável competência e profissionalismo dos técnicos	89
7.2.5 – Variável utilidade dos temas	89
7.2.6 – Variável forma como os temas foram abordados	90
7.2.7 – Variável esclarecimento de dúvidas	90
7.2.8 – Variável a sessão correspondeu às tuas expetativas	91
7.2.9 – Variável grau de satisfação geral	91
7.2.10 – Distribuição dos adolescentes segundo o ano de escolaridade perante a variável pretendes concorrer a esta Escola Superior quando terminares o 12º ano?	92
7.2.11 – Distribuição dos adolescentes segundo o sexo perante a variável recomendarias esta Escola Superior aos teus amigos?	92
7.2.12 – Distribuição dos adolescentes segundo o ano de escolaridade perante a variável recomendarias esta Escola Superior aos teus amigos?	93

CAPÍTULO IV

1 – ANÁLISE CRÍTICA DOS DADOS	94
2 – CONCLUSÃO	99
BIBLIOGRAFIA	102

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário Diagnóstico da Situação para os jovens do 8º e 9ºs anos	109
Anexo 2 – Questionário Diagnóstico da Situação para os jovens do 10º ano e CEF	116
Anexo 3 – Mapa das Intervenções na Escola Secundária Mouzinho da Silveira e na Escola Secundária de São Lourenço	123
Anexo 4 – Planos de sessões	126
Anexo 5 – Questionário de avaliação da satisfação dos jovens na Escola Secundária Mouzinho da Silveira e na Escola Secundária de São Lourenço	130
Anexo 6 – Mapa das Intervenções na Escola Superior de Saúde de Portalegre	133
Anexo 7 – Planos de sessões	135

Anexo 8 – Questionário de avaliação da satisfação dos jovens na Escola Superior de Saúde de Portalegre	138
---	------------

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – Distribuição dos adolescentes segundo a idade e o sexo

QUADRO 2 – Distribuição dos adolescentes segundo a escolaridade e sexo

QUADRO 3 – Distribuição dos adolescentes segundo o estabelecimento de ensino e sexo

QUADRO 4 – Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação durante as sessões

QUADRO 5 – Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante a simpatia e disponibilidade dos técnicos

QUADRO 6 – Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante a competência e profissionalismo dos técnicos

QUADRO 7 – Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante a utilidade dos temas abordados

QUADRO 8 – Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante a forma como os temas foram abordados

QUADRO 9 – Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante o esclarecimento de dúvidas

QUADRO 10 – Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante as suas expectativas relativamente às sessões

QUADRO 11 – Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação em geral

QUADRO 12 – Distribuição dos adolescentes segundo a idade e o sexo

QUADRO 13 – Distribuição dos adolescentes segundo a escolaridade e sexo

QUADRO 14 – Distribuição dos adolescentes segundo o estabelecimento de ensino e sexo

QUADRO 15 – Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante a forma como foram recebidos neste espaço

QUADRO 16 – Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante a forma como se sentiram durante o tempo que estiveram neste espaço

QUADRO 17 – Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante a simpatia e disponibilidade dos técnicos

QUADRO 18 – Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante a competência e profissionalismo dos técnicos

QUADRO 19 – Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante a utilidade dos temas abordados

QUADRO 20 – Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante a forma como os temas foram abordados

QUADRO 21 – Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante o esclarecimento de dúvidas

QUADRO 22 – Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante as expetativas criadas relativamente às sessões

QUADRO 23 – Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação em geral

QUADRO 24 – Distribuição dos adolescentes segundo o ano de escolaridade perante a variável pretendes concorrer a esta escola superior após terminares o 12º ano

QUADRO 25 – Distribuição dos adolescentes segundo o sexo perante a variável recomendarias esta escola superior aos teus amigos

QUADRO 26 – Distribuição dos adolescentes segundo o ano de escolaridade perante a variável recomendarias esta escola superior aos teus amigos

INTRODUÇÃO

O presente Relatório está contextualizado no plano curricular de estágio do 1º Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde de Portalegre - Instituto Politécnico de Portalegre, o qual decorreu de 14 de Fevereiro a 30 de Junho de 2011.

O estágio realizou-se em duas áreas de intervenção comunitárias distintas:

A primeira área de intervenção da educação sexual na adolescência surge após ter sido realizado um diagnóstico de situação na Escola Secundária Mouzinho da Silveira, tendo surgido como resposta a uma solicitação desta Escola à Escola Superior de Saúde de Portalegre, no sentido de haver uma intervenção ligada ao Projeto de Educação Sexual, feita por professores ou alunos da Escola Superior de Saúde de Portalegre. Foi então que surgiu a possibilidade de um campo de estágio, para os alunos do Curso de Mestrado em Enfermagem - Especialização em Enfermagem Comunitária. Foi lançado o desafio por parte dos Professores Doutores Filomena Martins e Mário Martins, o qual foi aceite por um grupo de 13 alunos do curso.

Após solicitação da Escola Secundária de São Lourenço, o projeto estendeu-se também a duas turmas desta escola de forma a complementar o estudo já efetuado pela escola.

A Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto, veio estabelecer o regime de aplicação da Educação Sexual em meio escolar, anteriormente já publicada, com Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril, dos Ministérios da Saúde e da Educação, declarando “(...) a obrigatoriedade das escolas incluírem no seu projeto educativo a área da educação para a saúde”. Cujas intervenções devem de ser de acordo com as seguintes finalidades da educação sexual:

- a) A valorização da sexualidade e afetividade entre as pessoas no desenvolvimento individual, respeitando o pluralismo das concepções existentes na sociedade portuguesa;
- b) O desenvolvimento de competências nos jovens que permitam escolhas informadas e seguras no campo da sexualidade;
- c) A melhoria dos relacionamentos afetivo-sexuais dos jovens;
- d) A redução de consequências negativas dos comportamentos sexuais de risco, tais como a gravidez não desejada e as infeções sexualmente transmissíveis;
- e) A capacidade de proteção face a todas as formas de exploração e de abuso sexuais;

- f) O respeito pela diferença entre as pessoas e pelas diferentes orientações sexuais;
- g) A valorização de uma sexualidade responsável e informada;
- h) A promoção da igualdade entre os sexos;
- i) O reconhecimento da importância de participação no processo educativo de encarregados de educação, alunos, professores e técnicos de saúde;
- j) A compreensão científica do funcionamento dos mecanismos biológicos reprodutivos;
- l) A eliminação de comportamentos baseados na discriminação sexual ou na violência em função do sexo ou orientação sexual.

Tendo por base a metodologia do planeamento em saúde que norteia as funções específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, efetuamos um Diagnóstico de Situação, junto da comunidade escolar de modo a conseguirmos alcançar quais as necessidades dos adolescentes no âmbito da Educação Sexual. Este teve como objetivos identificar as atitudes dos adolescentes face à sexualidade e identificar a valorização atribuída pelos adolescentes às diversas fontes de informação. Foi neste contexto que realizamos um estudo descritivo com carácter exploratório e transversal, utilizando o método quantitativo.

Para o presente Relatório estabelecemos os seguintes objetivos:

- Fornecer informação para melhor compreender a capacitação dos adolescentes para a tomada de decisões e comportamentos responsáveis face à sexualidade;
- Relatar as intervenções, de acordo com as necessidades de saúde, no âmbito da educação sexual dos adolescentes do 9º ano da Escola Secundária Mouzinho da Silveira;
- Reportar os dados da satisfação dos adolescentes do 9º e 12º ano face às atividades desenvolvidas, no âmbito das sessões de educação para a saúde, nomeadamente Hábitos de Vida Saudáveis, Suporte Básico de Vida e visita à Escola;
- Descrever e analisar as atividades desenvolvidas, o tratamento e análise de dados;
- Realizar uma avaliação global do estágio;

A segunda área de intervenção comunitária de Promoção de Hábitos de Vida Saudáveis surge como proposta dos alunos de Mestrado os quais se propuseram realizar sessões de educação para a saúde na Escola Superior de Saúde de Portalegre a alunos de 9º ano e 12º ano da área ciências e tecnologia do Concelho de

Portalegre, nomeadamente Escola 2+3 Cristóvão Falcão, a qual contribuiu com 60 alunos de 9º ano, a Escola 2+3 José Régio, com 70 alunos de 9º ano, a Escola Secundária de São Lourenço, com 78 alunos de 12º ano e a Escola Secundária Mouzinho da Silveira, com 67 alunos de 9º ano e 42 alunos de 12º ano.

Nas sessões de educação para a saúde tínhamos um Workshop sobre Hábitos de Vida Saudáveis, onde os alunos tiveram a oportunidade de avaliar a tensão arterial e o IMC. Havia um outro Workshop sobre Suporte Básico de Vida, onde os alunos tiveram a possibilidade de praticar e esclarecer todas as dúvidas e ainda uma visita à sala de práticas de Higiene Oral, onde foi visionado um filme sobre o tema.

Esta intervenção foi bastante abrangente e transversal, contemplou não só os alunos de 9º ano e 12º ano, que se deslocaram à escola, como os professores que os acompanharam e ainda os órgãos de comunicação social televisão, rádio e jornal. Assim como os profissionais de saúde que realizaram as sessões e tiveram a oportunidade de enriquecer os seus conhecimentos e métodos de ensino. Foi filmado e realizado um filme sobre suporte básico de vida e vários Power-point para demonstrar melhor a profissão de Enfermagem.

O Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros no seu Parecer 109/2009, refere que “as primordiais causas de morbilidade e mortalidade na adolescência não são as doenças, mas os comportamentos de risco que prejudicam a saúde.”

Assim, tendo como suporte o Projeto anteriormente elaborado, desta forma, o presente Relatório, refere-se ao trabalho por nós desenvolvido, ao longo deste estágio. Considero a sua elaboração essencial, pois permite-nos uma reflexão, análise crítica e auto avaliação do nosso desempenho profissional e pessoal no decurso da sua implementação, para a qual, as competências adquiridas ao longo do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, nas diversas Unidades Curriculares, tiveram um papel primordial para a concretização dos objetivos anteriormente definidos.

Pretendemos através da nossa reflexão, e consideramos ser este o nosso objetivo pessoal na realização deste Relatório “encontrar respostas honestas e proceder a uma auto avaliação construtiva e de aprendizagem pessoal” (Soares *et al* 1997: 36).

Na realização deste Relatório utilizaremos a metodologia descritiva, reflexiva, e analítica, encontrando-se este estruturado em quatro capítulos.

O capítulo I é constituído pelo enquadramento teórico que pretendemos que seja pertinente, servindo de suporte científico.

No capítulo II a nossa intervenção comunitária centra-se na área da sexualidade na adolescência na Escola Secundária Mouzinho da Silveira, com a respetiva caracterização do local de estágio, análise das estratégias, atividades desenvolvidas, tratamento e análise de dados.

No Capítulo III deste relatório, abordamos a outra intervenção comunitária Promoção de Estilos de Vida Saudáveis a qual decorreu na Escola Superior de Saúde de Portalegre e contou com a comunidade escolar do Concelho de Portalegre de alunos de 9º ano e 12º ano da Área Ciências e Tecnologia. Procedemos à caracterização do local de estágio, análise das estratégias e atividades desenvolvidas, tratamento e análise de dados.

O presente relatório vai terminar com o capítulo IV, no qual será efetuada uma análise crítica e uma conclusão, encerrando o mesmo com as referências bibliográficas.

Para o estágio estabelecemos os seguintes objetivos:

Objetivos gerais:

- Contribuir para uma sexualidade saudável junto dos adolescentes do 9.ºAno turmas B e C da Escola Secundária Mouzinho da Silveira;
- Incentivar o uso do preservativo entre os adolescentes que já iniciaram relações sexuais do 8º, 9º, 10º ano e CEF da Escola Secundária Mouzinho da Silveira e de duas turmas do 10º ano da Escola Secundária São Lourenço;
- Facilitar escolhas de vida profissional através da promoção da imagem da Escola Superior de Saúde de Portalegre do conhecimento da oferta formativa nela existente junto dos alunos do 9º e 12º ano da área Ciências e Tecnologia do Concelho de Portalegre.

Objetivos específicos:

- Desenvolver atividades dirigidas aos adolescentes, no âmbito da educação sexual, de acordo com as necessidades identificadas, até ao final de Maio de 2011;

- Avaliar a satisfação dos adolescentes face à pertinência das atividades desenvolvidas, no âmbito da educação sexual, até ao final de Junho de 2011.
- Incentivar parcerias entre as Escolas Secundárias a Unidade de Cuidados na Comunidade, o Gabinete de Saúde Juvenil – GSJ e a Escola Superior de Saúde de Portalegre;
- Prevenir as Infecções Sexualmente Transmissíveis e a Gravidez na Adolescência;
- Informar os alunos sobre a missão da ESSP, até ao final de Abril de 2011;
- Informar os alunos sobre os cursos ministrados na ESSP, até ao final de Abril de 2011;
- Realizar atividades de promoção dos cursos ministrados na ESSP junto dos alunos, até ao final de Abril de 2011;
- Avaliar a satisfação dos alunos face às atividades desenvolvidas, até ao final de Junho de 2011.

Penso ser esta a forma mais estruturada e objetiva de organizar o Relatório de modo a permitir a sua fácil leitura e compreensão, pois de acordo com (Soares *et al.* 1997: 37) o mesmo “deverá ter uma estrutura simples, que permitirá a quem o elabora e a quem o aprecia, a apresentação e o conhecimento sequencial e lógico dos dados referidos”.

Ao elaborarmos o projeto de estágio individual e como futuro enfermeiro especialista e de acordo com o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros no Modelo de Desenvolvimento Profissional - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem, pretendemos adquirir competências tendo por base: A metodologia do planeamento em saúde, na avaliação do estado de saúde desta comunidade e contribuir para o processo de capacitação desta comunidade.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo procuraremos abordar os principais conceitos teóricos que nos permitem melhor compreender a atividade objeto deste relatório. Consideramos importante abordar o conceito de sexualidade, educação sexual, planeamento familiar, os métodos contraceptivos, as infeções sexualmente transmissíveis, a gravidez na adolescência, as fontes de informação, as teorias sócio-cognitivas de Bandura, o planeamento em saúde e as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

1.1 – O QUE É A SEXUALIDADE?

Como referem López e Fuertes (1999), estamos perante uma pergunta difícil de responder: o que é a sexualidade, esta realidade que tanto nos motiva e condiciona, que pode impedir de dormir o adolescente, transformar a vida do enamorado, levar o adulto a fazer loucuras, encher de cartazes os cinemas, ajudar a vender um produto, exercer violência sobre os outros ou fomentar vínculos afetivos extraordinariamente fortes.

Fonseca (2002), refere que a sexualidade está presente desde o nascimento, não surge na adolescência. Há toda uma sexualidade já na infância, que irá sendo modificada por fatores hormonais, familiares e culturais, sofrendo assim uma grande influência da sociedade. Tal como a própria adolescência, a sexualidade talvez comece com a biologia mas termine com a cultura (Sprinthall e Collins, 2003).

A sexualidade tem uma indubitável dimensão biológica, desde as nossas unidades mais pequenas, as células, até a nossa figura corporal global, todo o nosso corpo é sexuado nas suas estruturas e funções. A sexualidade está desta forma, enraizada no biológico e não pode ser entendida sem se ter em conta esta dimensão.

Mas o que é afinal a sexualidade? Para a Organização Mundial de Saúde, sexualidade é “uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental” (Frade et al., 2003).

A sexualidade reflete as características da personalidade, as experiências do desenvolvimento sexual, o património biológico e a avaliação que o indivíduo faz de si mesmo, enquanto pessoa. É afetada também pelas circunstâncias da vida, pelas relações estabelecidas e pela cultura do jovem adolescente (Vieira, 2003).

Para Fonseca (2002), a sexualidade é fonte de comunicação, de afeto, de prazer, de bem estar consigo e com os outros. Refere-se à capacidade em iniciar e manter uma relação íntima com alguém especial em particular, numa base de doação.

Sendo a sexualidade ainda hoje um assunto tabu, existe muita dificuldade por parte dos pais e educadores abordar estes assuntos junto do adolescente. “A sexualidade dos filhos adolescentes é um tema difícil para a maioria dos pais. Os progenitores que afirmam o contrário denegam a realidade.” (Sampaio, 2006).

O assunto sexualidade reveste-se de mitos que em muitas situações atrapalham a comunicação entre adolescentes e educadores, e assim tornam a vivência da sexualidade na adolescência incompreendida e coberta de culpas. Deste modo, os adolescentes são fortemente influenciados pelos valores culturais e educativos que lhe são transmitidos relativamente à sexualidade. É ainda comum na nossa sociedade existirem ideias erradas ligadas à menstruação (a mulher não poder tomar banho durante esse período e das relações sexuais estarem contra indicadas durante o período menstrual) e à primeira relação sexual (mitos incutidos como a dor e sangramento que a rapariga deverá sentir na primeira vez que tem relações sexuais) relacionados com a virgindade da mulher.

Fortemente associada a esta ideia de mitos sobre sexualidade encontra-se a masturbação, à qual se atribuiu erradamente, desde a antiguidade, uma ideia negativa ou até o aparecimento de algumas doenças. Tal como, Foucault no seu livro *Historia da sexualidade - Uso dos prazeres* (1998), faz referência aos textos de *Arétée da Capadócia* do século II DC, em que este descreve a masturbação como mal, que provoca doença e que põe em risco a propagação da espécie humana:

“Os jovens com perda de sémen, carregam em todos os hábitos do corpo, a marca da caducidade e da velhice; eles se tornam relaxados, sem força, entorpecidos, estúpidos, prostrados, incapazes de qualquer coisa (...). Essa doença em si mesma vergonhosa é perigosa, no que leva ao marasmo, nociva à sociedade, na medida em que se opõe à propagação da espécie: porque ela é, em todos os aspetos, a fonte de uma infinidade de males, exige socorros urgentes.” (Foucault citando Arétée, 1998:18)

No entanto também sabemos que desde tenra idade a criança aprende a brincar com o seu órgão sexual e a tirar partido do mesmo. “Na puberdade desenvolve-se uma ‘sexualidade privada’: as fantasias sexuais, os impulsos desconhecidos, a possibilidade de concretização física do ato sexual e, sobretudo a masturbação (como o conseqüente e novo investimento num corpo erotizado) modificam o quotidiano do adolescente.” (Sampaio, 2006).

Assim, a masturbação é uma forma obtenção de sensações de prazer ao longo de todo o processo de crescimento e desenvolvimento humano, centrado na exploração das diferentes partes do corpo nomeadamente os órgãos genitais. Deste modo, a masturbação deve ser encarada como um fenómeno normal. É imperativo que os educadores encarem o fato como normal e falem com afeto com os seus adolescentes, transmitindo-lhe auto confiança, desmistificando a prática da masturbação, desprezando sentimentos de culpa e proibição para o desenvolvimento de uma sexualidade saudável.

Desde muito cedo que aprendemos se somos meninas ou meninos e, simultaneamente, inicia-mos um processo de aprendizagem e interiorização das funções que a sociedade considera próprias do rapaz ou da rapariga. Por outro lado, cada cultura e sociedade regulam de forma distinta os comportamentos sexuais através dos costumes, da moral e das leis civis (López e Fuertes, 1999; Sprinthall e Collins, 2003).

As crianças, os adolescentes, os adultos e os idosos, têm interesses sexuais e expressam a sua sexualidade através de comportamentos. Mas a sexualidade muda com a idade, de forma que tem características próprias de cada período da vida. As maiores diferenças ocorrem entre a sexualidade pré-púbere e pós-púbere. Embora a maturação fisiológica seja fundamental para a sexualidade do adolescente, as principais questões do desenvolvimento sexual, características da segunda década da vida, não estão ligadas a fatores biológicos, mas sim a fatores sociais (Sprinthall e Collins, 2003).

1.2 – EDUCAÇÃO SEXUAL

1.2.1 – Conceito

Abordando os temas Educação e Educação Sexual podemos referir vários conceitos. Whitehead (citado por Helouani, 2008) refere que, educação é a aquisição da arte de utilizar o conhecimento. É uma arte muito difícil de transmitir. Educar obviamente é muito mais do que transmitir ideias, é mais do que uma técnica, é uma arte.

Educar é uma ação interativa que envolve o educando e o educador em que ambos são agentes e atores. Qualquer aprendizagem só se efetua se for o próprio aprendiz a procurá-la de uma forma pessoal e autónoma (Meirieu, 1988 citado por Azevedo, 2008). Pois só assim lhe será possível uma adequada integração num contexto sócio cultural (Relvas, 1996 citado por Azevedo, 2008).

O indivíduo deve estar preparado para a sua educação, como refere Martins, M. F. (2007: 27), ao citar Marcelli cuja concepção de educação

“(…) faz sair o individuo de si mesmo para o conduzir pelos caminhos da sociedade, torna a criança um ser sociável, mas contém um paradoxo que merece atenção: o adulto cuidador deve garantir uma proximidade protetora, embora a criança sinta, ao mesmo tempo, uma necessidade de se afastar para explorar o mundo e descobrir a vida e aprender a aprender”.

Educar é construir um projeto, porém com regras e limites que por vezes podem gerar constrangimentos relacionados com a liberdade individual de cada um (Martins, M.F., 2007).

"La Education para la Salud se enfrenta hoy a un desafio sin igual en su historia. Su carácter informativo y de intervenciones ahora dirigido para la participación de la comunidad, una vez que se acredita que las personas son capaces de pensar y de actuar de una forma construtiva en la identificación y solución de sus propios problemas de salud. Lo que se pretende es promover el responsabilidad individual y comunitaria para el desarrollo de capacidades y competencias para que los individuos se transformem en miembros activos de la promoción de la salud (Martins, 2007: 43). (...) "A Sexualidade e a Educação Sexual são fenómenos que se entrecruzam e acompanham o evoluir do Homem. Todos nós somos influenciados e influenciámos as atitudes e comportamentos sexuais, pelo simples facto de sermos indivíduos sexuados desde que nascemos até que morremos" (Vilar *et al*, 1992, citado por Martins, 2007: 44).

A educação sexual deve atender às necessidades e expectativas dos indivíduos nas condições de sujeitos das relações interpessoais, historicamente vivenciadas num tempo e espaço determinados. Perante isto, a educação sexual como parte da educação geral tem influência crucial na formação de atitudes, comportamentos e práticas positivas. Considerando-se vocacionada para formação da auto-consciência e da responsabilidade para o desenvolvimento pessoal e social, para o amor e para vida do ser humano (Schiavo, 1999). "Contudo quando se fala de aprendizagem na sexualidade pressupõe processos basicamente idênticos ao das várias aprendizagens que ocorrem ao longo do ciclo vital e com estas interage, nos domínios afetivo, cognitivo e comportamental da existência" (Azevedo, 2008: 7).

Trata-se de um tema que reúne o interesse de diferentes áreas científicas, desde as ciências biológicas, sociais e educativas. Por se tratar de uma área educativa (visto esta ser continua e evolui com os conhecimentos já adquiridos, e o percurso sexual de cada adolescente) varia em função do desenvolvimento físico e psico-afetivo, das sensações, emoções (entre elas, as sensações sexuais, a vergonha, o medo, os desejos), e as primeiras relações sexuais, que vão fomentar uma preparação para a sexualidade adulta que será vivida de acordo com a aprendizagem e o amadurecimento com base na própria experiência. Nesta linha de pensamento, compreende-se que a educação sexual seja necessária para que esta possa integrar a

vida social adulta de forma equilibrada, formando adultos maduros e casais são (Santos, 2008).

O conceito de Educação Sexual leva a interrogações quando tem de ser definido.

Sendo a adolescência uma fase da vida em que, do ponto de vista da sexualidade, os jovens estão sujeitos a um grande número de transformações biológicas e psicológicas, assumindo-se como um dos momentos mais importantes da sua vida, mas não será o único (Piscalhoo, Serafimo & Leal, 2000: 355).

Para Schiavo (1999, citado por Costa & Magno, 2002: 33) a educação sexual visa a “(...) formação de homens e mulheres buscando a integração dos aspetos físicos, emocionais, intelectuais, sociais e culturais do ser sexual, contribuindo para o enriquecimento e incremento positivo, da personalidade, da comunicação e do amor”.

Segundo Souza (1999, citado por Santos, 2008) educar é um processo que facilita a participação no meio em que vivemos, surgindo assim uma reciclagem e reconstrução de conceitos. Logo, educar sexualmente é tornar a prática da sexualidade responsável, através de uma conduta coerente para explorar o corpo, o afeto, o medo, o prazer, juntamente com as experiências acumuladas durante a vida.

Como refere Piscalhoo *et al* “(...) as pessoas têm uma representação social acerca do assunto, sendo este um conjunto organizado de opiniões, de atitudes, de crenças e de informações referentes a um objeto ou situação, neste caso o conceito de Educação Sexual” (Piscalhoo, Serafimo & Leal 2000: 355).

Ainda Azevedo (2008), ao citar López *et al* (1986), refere quatro objetivos gerais acerca da educação sexual dos adolescentes:

- 1) “Aceitação positiva da própria sexualidade,
- 2) Favorecimento do diálogo acerca de temas sobre a sexualidade,
- 3) Tomada de consciência da vertente relacional das condutas sociais,
- 4) Aquisição de conhecimentos, o mais amplo e objetivos possíveis”

(Azevedo, 2008: 24).

A educação sexual, na verdade, ocorre desde o nascimento, porque é no território familiar, da intimidade, que são transmitidas à criança e adolescente as primeiras noções e valores associados à sexualidade de forma não explícita.

A sexualidade e a educação sexual estão relacionadas com o corpo, com a expressão e imagem corporal. Ao nascer, a criança começa a explorar o prazer no seu corpo. Com o crescimento ela descobre os outros e estabelecem-se relações, com maior ou menor grau de afetividade e intimidade. O gostar, apaixonar-se, o namorar, enfim, os afetos, pertencem à dimensão da sexualidade.

“Em síntese, quando falamos de Educação Sexual, de programa de Educação Sexual, estamos a utilizar um conceito global abrangente de

sexualidade que inclui a identidade sexual (masculino/feminino), o corpo, as expressões da sexualidade, os afetos, reprodução e a promoção da saúde sexual e reprodutiva” (Frade *et al*, 2003 citado por Santos, 2008: 10).

1.2.2 – Educação Sexual na Adolescência

Os adolescentes carecem de esclarecimentos acerca do seu papel na sociedade, para que se afirmem enquanto seres humanos. Como tal, é premente a criação de mecanismos que permitam educar, orientar sobre os aspetos biológicos e psicológicos, que envolvem a sexualidade afim de auxiliá-los perante as mudanças que estão a vivenciar. Sobre esse aspeto Charbonneau (1998, citado por Azevedo, 2008: 23) afirma que:

“(...) os adolescentes devem viver sua sexualidade não de modo compulsivo, sendo prisioneiros dos desejos incontroláveis, mas na riqueza de desejo livre, nascido do domínio que eles tiveram sobre si mesmos, controlando a sua libido, isto é, sua energia sexual, e os dinamismos que ela desencadeia.”

Conceptualizando a educação sexual como um processo que influencia a estruturação e maturação da personalidade do indivíduo, que está dependente da cultura em que este está inserido, limita a educação a uma realidade orgânica, esquecendo toda a sua dimensão afetiva e social. Para Galvão (2000, citado por Azevedo, 2008: 30) a Educação Sexual deve apresentar-se como “(...) uma proposta de preparação para a vida pessoal, social, comunitária e particularmente familiar, que se alimenta em valores de vida, de civismo, de amor, de responsabilidade, de dignidade e de respeito humano”.

No contexto de todas as transformações ocorridas, é natural que o adolescente se sinta invadido por dúvidas. Estas encontram-se relacionadas com as mudanças sofridas no seu corpo, que o deixam algo perplexo. É assim inteligível que este se preocupe em esclarecer as mesmas. Esta necessidade de esclarecimento das suas dúvidas e os recursos que ele utiliza para as ultrapassar, leva a que a sexualidade nesta fase da vida se transforme numa barganha inconstante em permuta com o mundo (Azevedo, 2008).

“A vivência familiar, a escolaridade, o convívio entre amigos e colegas, o contacto com profissionais de saúde, meios de comunicação social, entre outros, são intervenientes na educação sexual do adolescente, contribuindo para a construção de um sistema de valores, de atitudes e de condutas no âmbito da sexualidade” (Azevedo, 2008: 30).

A revolução sexual dos anos 60 provocou, na população adolescente, duas alterações evidentes: a redução da idade em que os jovens iniciam a sua atividade sexual e a promiscuidade das mesmas. Por sua vez, tais modificações motivaram,

entre os adolescentes, algumas consequências imediatas tais como: o aumento do número de gravidezes, o aumento do número de abortos, bem como o aumento das infeções sexualmente transmissíveis (IST). Face a esta problemática considera-se fundamental o acesso à informação o mais precocemente possível, de forma a “(...) prevenir o número crescente de adolescentes grávidas bem como o aumento das infeções sexualmente transmissíveis nesta faixa etária, o enfermeiro tem um papel preponderante como elemento promotor de hábitos de vida saudáveis” (Azevedo, 2008: 41).

Neste sentido, o papel dos profissionais de saúde e educadores é essencial para promover uma sexualidade responsável, gratificante e capaz de contribuir para a realização do adolescente enquanto pessoa na sua plenitude. Conhecer as transformações e particularidades da adolescência podem, sem dúvida, ajudar-nos não só a compreender melhor as vivências desta fase do ciclo vital, como também na perceção do mundo do adolescente de forma mais global. Na adolescência ocorrem várias transformações em simultâneo, a nível biológico, psicossocial, moral e sexual.

Numa sociedade dominada pelas exigências e mudanças constantes, muitos valores vão sendo alterados, o que produz nos adolescentes incertezas e dúvidas. As mudanças na configuração corporal são uma preocupação do adolescente, vivenciada por vezes com ansiedade. Sabendo da importância sociocultural atribuída à imagem corporal, confronta-se com a existência de padrões de beleza e habilidades corporais socialmente estereotipados. Por tal facto, é premente uma aceitação positiva e incondicional do próprio corpo, de modo a que dentro do grupo de pares ele não se sinta deslocado e sujeito a pressões (Azevedo, 2008).

Os adolescentes, como já referimos anteriormente, têm uma maturidade física mais rápida do que psicológica, o que o leva a tomar decisões pouco refletidas, sem possuírem capacidade de avaliar as suas ações a longo prazo. É essencial educar, esclarecer, motivar e ajudar o adolescente a descobrir os seus próprios valores, a conhecer-se melhor, para que tomem decisões responsáveis, através de um programa de educação sexual na escola adequado ao nível de desenvolvimento do adolescente (Sprinthall & Collins, 2003).

No início da adolescência devem ser abordadas as questões intrapessoais, incluindo a compreensão e as implicações das transformações físicas e psicológicas decorrentes da puberdade. Numa fase posterior da adolescência, na qual se constrói a identidade, a educação sexual deve ser orientada no sentido da discussão do desempenho dos papéis. No final da adolescência esta tarefa educativa deve incidir sobre o desenvolvimento pessoal e sexual dos mesmos, em que os adolescentes se devem concentrar na intimidade, nos compromissos e na reciprocidade.

Assim, Cortesão *et al* (2005, citado por Santos, 2008) considera que existem três grupos distintos de intervenção, com diferentes objetivos:

- 2º Ciclo do Ensino Básico: são jovens que, geralmente, têm idades compreendidas entre os 10 e os 12 anos, o objetivo geral da educação sexual é que o adolescente compreenda e identifique as mudanças fisiológicas e emocionais.

- 3º Ciclo do Ensino Básico: geralmente as idades encontram-se entre os 13 e os 15 anos, os objetivos da educação sexual são: que o adolescente compreenda o que é a sexualidade, com toda a sua diversidade e individualidade, aumentar o seu poder de decisão e a sua tolerância para com as escolhas dos outros, que adote comportamentos informados e responsáveis face à reprodução, nomeadamente à contraceção e que seja capaz de identificar comportamentos preventivos frente aos abusos sexuais e como pode conseguir apoio nesta situação.

- Ensino Secundário: o adolescente apresenta o seu corpo de adulto praticamente desenvolvido, psicologicamente ele é mais independente e afirma as suas atitudes e valores face à sexualidade e ao amor, os objetivos educativos nesta fase são: que o adolescente compreenda a sexualidade e as suas formas de expressão ao longo da vida, aprofundar conhecimentos acerca da gravidez, parto e puerpério e que adote comportamentos sexuais informados e responsáveis, nomeadamente em relação às IST's.

1.3 – PLANEAMENTO FAMILIAR

O Planeamento Familiar constitui uma componente fundamental da prestação de cuidados em saúde reprodutiva. Segundo o Guia do Utente do Serviço Nacional de Saúde (2008), a consulta de Planeamento Familiar destina-se a apoiar e informar os indivíduos ou casais, para que estes possam planear uma gravidez no momento mais apropriado, proporcionando-lhes a possibilidade de viverem a sua sexualidade de forma saudável e segura.

A consulta é gratuita e existe nos Centros de Saúde e em alguns Hospitais e Maternidades, é efetuada por uma equipa multidisciplinar, composta por médico, enfermeiro e administrativo. No âmbito desta consulta, é feita a avaliação do estado de saúde da mulher ou do casal, avaliando-se, se necessário, a eventual existência de riscos ou doenças para a mãe ou para o futuro bebé. É facultada informação sobre os métodos de contraceção, sendo fornecido gratuitamente o contracetivo escolhido. Esta consulta deve assegurar outras atividades de promoção de saúde, tais como informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce das infeções sexualmente transmissíveis, do cancro do colo do útero e da mama, assim como a

prestação de cuidados pré-concepcionais e no puerpério, e prevenção do tabagismo e do uso de drogas ilícitas.

Segundo Lobato (2004), as principais atividades desenvolvidas no âmbito do Planeamento Familiar consistem em:

- Informar os casais sobre as vantagens do espaçamento das gravidezes;
- Informar os casais sobre as vantagens de regular a fecundidade em função das suas idades;
- Elucidar sobre as consequências das gravidezes não desejadas;
- Dar informação sobre a anatomia e fisiologia da reprodução;
- Prestar informação completa, científica e isenta sobre todos os métodos os contraceptivos;
- Identificar e orientar os casais com problemas de infertilidade;
- Identificar e orientar os casais com desajustes sexuais;
- Efetuar o rastreio e o aconselhamento pré-concepcional;
- Efetuar o rastreio do cancro do colo do útero.

1.4 – MÉTODOS CONTRACETIVOS

Existem diversos métodos contraceptivos cujo objetivo consiste em prevenir uma gravidez indesejada ou prevenir infeções sexualmente transmissíveis.

Os métodos contraceptivos podem ser utilizados isolados ou combinados, com um grau de eficiência e eficácia variáveis. Os mais eficazes são a pílula, o Dispositivo Intra-uterino (DIU) e o preservativo masculino combinado com espermicidas.

Qualquer pessoa que utilize determinado método contraceptivo, tem com principais objetivos prevenir uma gravidez indesejada ou as infeções sexualmente transmissíveis, como tal na nossa opinião importa saber quais os métodos mais seguros para prevenir a gravidez, os mais seguros na prevenção das infeções sexualmente transmissíveis, os que não previnem as infeções sexualmente transmissíveis e os menos seguros na prevenção da gravidez.

Os mais seguros em relação à prevenção da gravidez são:

- Contraceção Hormonal – Oral (é muito eficaz e segura, mas exige o compromisso diário da mulher)
- Contraceptivo Oral Combinado (contém doses reduzidas de hormonas)
- Contraceptivo Oral com Progestogénio (a sua eficácia depende da utilização correta)

- Contraceção Hormonal Combinada – Adesivo (grande eficácia e segurança, substituir a cada 7 dias)
- Contraceção Hormonal Combinada – Anel Vaginal (substituir o anel regularmente)
- Contraceção Hormonal – Injetável (não tem efeitos secundários do estrogénio)
- Contraceção Hormonal – Implante (utilização prática e o efeito de longa duração)
- Dispositivo Intra Uterino (eficaz e de longa duração, utilizado em mulheres que já tiveram filhos)
- Preservativo Masculino (a eficácia depende da utilização correta)
- Preservativo feminino (a eficácia depende da correção e consistência do uso)
- Contraceção de Emergência (Pode ser utilizado até às 72 h após a relação sexual para prevenir a gravidez)

Os mais seguros em relação à prevenção das IST são:

- Preservativo masculino (diminui o risco de contrair IST)
- Preservativo feminino (diminui o risco de contrair IST)
- Espermicida (oferece alguma proteção contra as IST e suas consequências, mas menos que o preservativo)

Os que não previnem as IST são:

- Contraceção Hormonal - Oral
- Contracetivo Oral Combinado
- Contracetivo Oral com Progestogénio
- Contraceção Hormonal Combinada – Adesivo
- Contraceção Hormonal Combinada – Anel Vaginal
- Contraceção Hormonal Combinada – Injetável
- Contraceção Hormonal Combinada – Implante
- Dispositivo Intra Uterino (não aconselhável em mulheres risco aumentado de contrair IST)
- Diafragma
- Contraceção de Emergência

Os menos seguros na prevenção da gravidez são:

- Contracetivo Oral com Progestogénio (os erros na toma podem resultar em gravidez)
- Preservativo Feminino (5 a 15 gravidezes em 100 mulheres/ano)
- Diafragma (6 a 16 gravidezes em 100 mulheres/ano)
- Espermicida (18 a 30 gravidezes em 100 mulheres/ano)

Estes métodos têm uma utilização limitada, com vantagens e desvantagens, pois nem todas as pessoas podem fazer uso deles de forma indiscriminada, deve-se seleccionar o método mais adequado a cada situação em particular e para tal deve consultar o seu médico assistente.

1.5 – INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Para Frade *et al* (2003, citado por Santos, 2008), é possível pensar que a maior parte dos adolescentes sabem quais são os comportamentos de risco face às IST, mas a crença de que “isso só acontece aos outros” ainda é bastante latente. Os adolescentes estão numa fase de experimentação muito importante e que assenta frequentemente na imprevisibilidade e no imprevisto, apresentando-se como um grupo vulnerável ao contágio. É necessário que desenvolvam capacidades e competências que os ajudem a consciencializarem-se de que a exposição pelo contágio depende da capacidade individual de integrar a prevenção nos comportamentos sexuais. Estes factos salientam a importância da educação sexual na escola para que o adolescente desenvolva competências que lhe permitam adotar comportamentos sexuais informados e responsáveis conducentes à prevenção.

É imprescindível sem dúvida a prevenção, e esta autora considera que a prevenção apresenta-se como o conjunto de processos destinados a evitar o aparecimento de um determinado comportamento que não é ajustado, proteger e tentar ajudar aqueles que se encontram em risco de assumir tais comportamentos, recuperar e reinserir os que já apresentam comportamentos problema.

Para Manderscheid (1994, citado por Santos, 2008) a chave para o sucesso da prevenção dos comportamentos de risco, designadamente no domínio da sexualidade encontra-se a promoção do controlo voluntário e a intervenção grupal e social neste domínio.

Stanhope & Lancaster (1999) reforçam que as estratégias mais eficazes de prevenção de doença e promoção da saúde planeadas para mudar os estilos de vida deverão ser desenvolvidas através do estabelecimento de parcerias.

As infeções sexualmente transmissíveis, atualmente, são um problema de saúde pública prioritário, uma vez que, apesar de na maioria dos casos existir cura, todos os anos aumenta o número de pessoas que padecem destas patologias devido à mudança de hábitos sexuais dos jovens, à diminuição da idade das primeiras relações sexuais, à inconstância de parceiros, a falta de utilização do preservativo e o uso de drogas ilícitas são apontados como fatores de risco destas infeções, com a probabilidade de aparecimento da SIDA. Além disso, em muitos casos a falta de informação provoca o desconhecimento dos sintomas, que se mantêm ocultos, o que contribui para a sua transmissão.

Outrora as IST eram denominadas “doenças venéreas”, aquelas adquiridas através do contacto sexual (vaginal, oral ou anal) com alguém infetado. Estas patologias podem afetar a saúde física, emocional e a qualidade de vida da pessoa, tornando-se indispensável consciencializar os jovens para as mesmas.

É frequente a pessoa não apresentar sintomas nos estágios iniciais da doença. Tal pode ocasionar a falta de tratamento até que a doença aumente de gravidade. A falta de tratamento precoce pode causar problemas graves como é o caso da infertilidade.

1.6 – GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A gravidez na adolescência é definida como toda a gravidez que ocorra entre os 12 e os 19 anos, apesar dos vários autores referenciarem o período da adolescência com idades diferentes.

A gravidez na adolescência é uma preocupação pública, devido ao impacto que provoca na comunidade. Segundo dados da Associação do Planeamento Familiar (APF), Portugal é dos países da União Europeia que apresenta maior taxa de maternidade na adolescência. No decurso das últimas décadas, o número de nascimentos fruto de gravidezes na adolescência tem diminuído (DGS, 2005 citado por Avante, 2000), mas não o suficiente.

Através dos dados disponibilizados pela DGS Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes verificou-se que entre o grupo etário dos 15-19 anos, em 1985, a taxa de fecundidade por cada mil era de 33,0; em 2003 esta taxa diminuiu para 20,2 por cada mil.

Em 1980, de todo o universo de partos considerados, 14% representavam partos relativos a mães adolescentes. No ano de 1997, essa percentagem diminuiu para 7% (APF, 2000).

“Isto quer dizer que as pessoas estão mais informadas, têm mais acesso aos contraceptivos e usam-nos”, afirma Duarte Vilar, que defende que “é

possível reduzir ainda mais o número de gravidezes indesejadas e de abortos em Portugal através da contraceção segura e da contraceção de emergência” (APF, 2000).

Maria José Alves da APF refere outras razões que “Tem também a ver com perspectivas de vida diferentes dos jovens de hoje. Antes, ser mãe era um projeto de vida aceitável por muito mais raparigas. Atualmente, elas têm outros projetos em termos escolares e profissionais” (citado por Avante, 2000).

A gravidez na adolescência ainda é vista de forma diferente nas cidades e nos meios rurais. Para a mesma autora, existe um maior apoio no meio rural, como a ajuda na lida da casa ou nos trabalhos mais pesados. Há também uma melhor aceitação da gravidez, que acaba quase por ser um ritual iniciático de ascensão social, de passagem para a vida adulta.

Os fatos que levam as adolescentes a engravidar são a sua ideia de invencibilidade e, portanto, não antecipam qualquer risco das consequências relacionadas com os seus comportamentos. Stanhope & Lancaster (1999: 731), não acreditam que “(...) seja possível virem a engravidar e quando isso acontece acham que serão capazes de realizar tudo (escola, trabalho paternidade e socialização). Estas adolescentes têm por norma baixo nível de ensino e, na maioria, a gravidez não foi planeada”.

Também a APF (2000) refere que os problemas de saúde reprodutiva se agravam nas situações de pobreza com maior número de gravidezes nos adolescentes e maior prevalência de abortos de risco. Isto está relacionado com a baixa escolaridade, até porque menos escolaridade envolve menos conhecimento do corpo. Nas zonas carenciadas verificam-se mais frequentemente comportamentos de risco e, para além disso, 80 por cento das mulheres que vivem nestas regiões, e que foram entrevistadas pela APF, foram mães adolescentes. Este é um problema que se estende às várias gerações: “Muitas vezes há um processo de reprodução: as mães adolescentes são frequentemente filhas de mães adolescentes”, afirma a mesma associação que este problema acaba por passar de geração em geração (APF, 2000).

Outros fatores que levam as jovens a engravidar são muitas vezes de ordem socioeconómica, cultural, educativa e laboral: “(...) jovens que iniciam a sua vida sexual mais cedo têm maior tendência para não utilizar algum método contraceptivo, uma vez que têm menos conhecimento” quer seja por falta de informação, quer seja pelo elevado número de parceiros que poderão ter (Stanhope & Lancaster, 1999: 731).

Stanhope & Lancaster (1999) mencionam que a pressão do grupo pode vir a influenciar a sexualidade. A autora refere que o grupo reforça a paternidade na adolescência, exagerando os riscos do controlo da natalidade, desencorajando o

aborto e a adoção, e exaltando o possível nascimento de uma criança. Continuando, a autora descreve o jovem do sexo masculino, de meio socialmente desfavorecido, achando que o facto de ser pai o torna mais homem e é menos provável que use contraceptivo.

Outros fatores, como o abuso sexual das adolescentes também são apontados. Estas jovens estão em maior risco de iniciar uma relação sexual mais cedo e sem uso de métodos contraceptivos. Stanhope & Lancaster (1999: 732) citando Parker (1993) referem que “raparigas com experiência de uma vida de privação económica, social e psicológica podem pensar que um bebé pode trazer alegria para uma existência que, de outra forma, seria desoladora”.

A DGS (2005: 20) verificou que “(...) as mães adolescentes têm em média um grau de escolaridade superior ao dos pais da mesma faixa etária, ao passo que em relação ao trabalho são os pais que têm mais trabalho comparativamente com as mães.”

A grávida adolescente é considerada uma grávida de alto risco. As complicações da sua gravidez resultam do início tardio da vigilância, assim como da falta de conhecimentos para o auto cuidado. Uma das causas por elas referidas, para a tomada destas atitudes inconscientes, é o medo dos pais e a negação (Stanhope & Lancaster, 1999).

Stanhope & Lancaster (1999: 735) apresentam vários problemas que poderiam ser resolvidos através da visitação domiciliária, promoção do auto-cuidado, higiene e refeições ajustadas às necessidades, visto que “uma nutrição adequada à grávida adolescente é importantes quer para o seu próprio crescimento, quer para o do feto que, geralmente, apresenta baixo peso a nascença”. Outro dos problemas apontados é o absentismo na escola, durante a gravidez e no pós-parto.

“Muitas das adolescentes grávidas têm dificuldade e falta de conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil, o que torna difícil a comunicação com os filhos. Esta falta de informação pode vir a ser mais tarde manifestada através de maus tratos para com a criança” (Marshall *et al.*, 1994 citado por Stanhope & Lancaster, 1999: 736).

1.7 – FONTES DE INFORMAÇÃO

1.7.1 – Papel dos Educadores

Na temática da sexualidade, a família detém um papel importantíssimo na procura de informação por parte dos adolescentes. É a família que confere ao adolescente o seu equilíbrio emocional, a sua personalidade, os seus valores, entre muitos outros aspetos, conferindo-lhe as bases que lhe vão valer para toda a vida. A abordagem da

sexualidade no seio familiar, assim como o próprio conceito e papel de família, tem evoluído ao longo dos anos. Atualmente devido a uma desmistificação da sexualidade, esta fala-se e discute-se em sociedade, proporcionando à família uma maior facilidade em abordá-la entre os seus membros.

A crescente autonomia do adolescente origina uma mudança na relação pais-filhos, onde há um alargar de fronteiras e onde existem duas vertentes essenciais. De acordo com Stanhope & Lancaster (1999) estas vertentes constituem, por um lado, a função homeostática, que por sua vez é uma função favorecedora da permanência e da continuidade e, por outro lado, a função transformadora que consiste na capacidade que a família tem de viver e ultrapassar as crises adaptativas e assim reencontrar um novo estado de equilíbrio. Assim, pode-se afirmar que estas competências são essenciais para que a família desempenhe as funções que lhe são inerentes para manter a integridade da unidade familiar e, assim, dar resposta às suas necessidades, às necessidades dos seus membros individualmente e às expectativas da sociedade em que se encontra inserida.

Na família com filhos adolescentes, de acordo com a autora supracitada, as tarefas principais ou fundamentais do processo educativo a cumprir deverão ser: desenvolver a socialização dos filhos, promover o desempenho escolar, manter o equilíbrio da liberdade e responsabilidade do adolescente, promover a autonomia do adolescente, desenvolver e manter uma comunicação aberta pais-filhos, bem como manter uma relação conjugal estável e também construir os alicerces para os futuros estádios familiares.

Desta forma, para que a família possa corresponder ao papel acima mencionado, é necessário que crie canais de comunicação que permitam uma abordagem da sexualidade de uma forma o mais natural possível, de acordo com o estágio de desenvolvimento dos seus filhos. “As relações familiares têm como base a comunicação, sendo esta apontada como central para superar as dificuldades da adolescência” (Sampaio, 1994: 100).

Os limites necessários para estruturar o indivíduo, estruturam também uma sexualidade saudável, quando os pais demonstram segurança orientam, compreendem, acolhem e interditam determinadas condutas dos filhos. Ou seja, também em matéria de sexualidade, a informação básica ou essencial vai ser obtida no contexto social que melhor conhecem, ou seja, a família.

Segundo Saito (2001: 142), “poder dizer SIM e dizer NÃO com tranquilidade é a maior referência de equilíbrio que os filhos podem receber dos pais”.

Neste contexto, as respostas não verbais têm um peso particularmente importante. É mais por aquilo que se presencia e que se observa do comportamento e

atitudes dos pais que as crianças e os adolescentes vão imitando e construindo o seu próprio conceito de sexualidade.

Por vezes a família sente-se incapaz de dar resposta às necessidades dos adolescentes, porque a educação deles foi muito diferente, pois a época, o estrato social e o nível de instrução dos progenitores, influenciam a comunicação entre os adolescentes e os pais. Para Vilar (1999) citado por Vitorino (2003: 27),

“a falta de apoio sentida no lar, é compensada pelos adolescentes, com conversas de café, amigos mais velhos que se gabam de feitos e histórias falsas ou não, mas que quase sempre são desprovidas de sabedoria, e veracidade, sabedoria essa indispensável para uma construção de normas, valores e conceitos adequados”.

Desta forma, é imprescindível valorizar o papel que a família assume como agente educador, como fonte de aprendizagens de comportamentos e atitudes, que gradualmente, permitem aos filhos a construção da sua própria conceção de vida e da sua sexualidade

A possibilidade do adolescente partilhar com os pais todos os seus sentimentos de fragilidade, ambivalência, estranheza e ansiedade, terá a ver com as oportunidades de diálogo que foram sendo desenvolvidas desde a infância, e com a aceitação e entendimento das diferenças de valores e atitudes que os pais foram capazes de realizar. Os pais deverão ser capazes de manter uma comunicação aberta e isenta de tabus, tentando entender o ponto de vista do adolescente, não impondo os seus valores, contribuindo assim para que o adolescente construa os seus conceitos e valores acerca da sexualidade de uma forma livre.

A sexualidade das crianças, e particularmente dos adolescentes, é preocupação escolar desde o século XVIII, porém a forma de abordagem foi-se adaptando aos diferentes momentos históricos e culturais.

Outrora a responsabilidade da educação sexual era transmitida dos pais para a escola. Porém, muitos professores não tinham formação adequada, abordando a educação sexual apenas sobre o aspeto do carácter biológico e preventivo, levando muitas vezes a vulgaridades, segundo Werebe (1998) o controle de natalidade e a expansão do HIV foram alguns dos objetivos da implementação da educação sexual. Camargo (1999) refere também que as políticas sociais tinham como o ponto norteador a repressão à sexualidade, essa repressão acontecia porque ao controlar as relações sexuais realizava-se, ao mesmo tempo, o controle da população.

Atualmente, a escola tem um papel fundamental na formação dos adolescentes em articulação com as famílias e, segundo o quadro legal existente no nosso país, tem responsabilidade nesta área. Nomeadamente os temas ligados à sexualidade são abordados de forma pedagógica em contexto curricular desde a regulamentação da Lei 120/99 até à legislação atual com a promulgação do Despacho nº 25 995/2005, 2ª

série que reforça que uma educação sexual na escola positiva e eficaz ajuda o adolescente a crescer e a obter uma vivência sexual responsável e saudável. A escola com o seu preponderante papel socializador apresenta-se como uma fonte privilegiada de informação, muito em prol do tempo que os adolescentes passam em contexto de sala de aula com os seus professores. É com os professores que uma grande quantidade de informação pode ser colhida e consolidada, no que diz respeito à sexualidade. Posteriormente surgiu uma nova lei, a Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto, que estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, anteriormente já publicada, com Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril, dos Ministérios da Saúde e da Educação. Esta lei não acrescenta muito em relação ao enquadramento legal já existente (Lei 120/1999, de 11 de Agosto e o Decreto-Lei 259/2000 de 17 de Outubro) no entanto, salienta algumas questões fundamentais, nomeadamente: “(...) a obrigatoriedade das escolas incluírem no seu projeto educativo a área da educação para a saúde (...)” e “(...) a obrigatoriedade de aplicação da educação sexual em meio escolar devendo ser desenvolvida pela escola e pela família em parceria” (Ministério da Educação, 2000: 24). Refere-se ainda à Formação (Artigo 8º), Parcerias (Artigo 9º) e Gabinetes de Informação e Apoio ao Aluno (Artigo 10º). A colaboração da família com a escola é de extrema importância, para não existir um choque de valores, garantindo-se a coerência na educação. Não é possível separar a influência dos vários agentes de socialização no desenvolvimento moral das crianças e dos adolescentes (Ministério da Educação, 2000).

A educação sexual na escola tem como objetivo principal promover o desenvolvimento de competências essenciais na formação dos indivíduos. A educação sexual na escola deve ter por base o desenvolvimento pessoal e sexual dos adolescentes. Comparativamente ao que acontece com os pais, esta transmissão de conhecimentos e valores não passa apenas por aquilo que se diz nas salas de aula, mas também por toda a linguagem não-verbal utilizada pelos professores, pois este conjunto todo pode ajudar o adolescente a tomar posição acerca da sexualidade bem como a desenvolver um conjunto de conceitos e preconceitos sobre questões tão básicas como os papéis de género, o ser-se conservador ou liberal na abordagem da sexualidade.

Desta forma, o modo como o professor lida com temas que envolvam a sexualidade, poderá ajudar o adolescente a sentir-se mais confortável para o procurar e pedir ajuda aquando de algum problema. Se os adolescentes sentirem por parte dos professores disponibilidade e à vontade para abordar as questões da sexualidade na sala de aula, mais facilmente os mesmos os irão procurar para esclarecer dúvidas nesta área.

O adolescente só poderá ser educado a nível sexual de forma eficaz se existir envolvimento tanto por parte da escola como por parte dos pais, família ou até mesmo se existir parcerias com outras instituições, pois só em ação conjunta alcançarão este objetivo. A escola agindo de forma adequada, pode contribuir para que a sexualidade de uma criança ou de um adolescente seja um caminho, o mais positivo e gratificante possível. Segundo Lopes (1993) é importante e necessário que se desenvolva um trabalho básico de educação na comunidade escolar, de modo a facilitar a todos a aquisição de informações e orientações adequadas a respeito dos aspetos biológicos, psicológicos, sociológicos e culturais da sexualidade.

Seguindo esta linha de pensamento, pode-se afirmar que a educação sexual como vertente do processo global da Educação, bem como uma das componentes da Promoção da Saúde, representa uma das áreas em que a colaboração entre os sectores da Educação e da Saúde se torna imprescindível, pois só assim se conseguirá atingir este objetivo fundamental para os nossos adolescentes e, desta forma, colaborar para que estes tenham uma sexualidade saudável e cresçam isentos de comportamentos de risco.

A sexualidade é um elemento integral da vida individual e social que inclui as relações entre pessoas, grupos, comunidades, sociedades, culturas e Deus. Ser um ser sexual inclui questões de identidade individual e social que não são restritos aos processos físicos e psicossociais de respostas sexuais. A sexualidade inclui, mas não está limitada às dinâmicas de género, poder, identidade social, e auto-imagem.

Foi S. Agostinho que fez a transição entre a igreja primitiva e a igreja medieval, instituída, regularizada e dogmatizada. Consolidou as ideias centrais do cristianismo, legitimou o matrimónio como o estado natural dos seres criados por Deus. A Conferência Episcopal Portuguesa (CEP) contestou, em 25 de Junho de 2005, a introdução de um modelo de educação sexual nas escolas que seja contra os valores dos pais, e criticou igualmente que se considere padrão as relações sexuais entre adolescentes, comportamento evidenciado por minorias. Numa nota pastoral divulgada, intitulada "Sobre a Educação da Sexualidade", a Igreja Católica defende que os professores devem seguir os valores das famílias em matérias de educação sexual e lamenta que se possam "considerar como padrão, comportamentos evidenciados por minorias, tal como o que respeita às relações sexuais praticadas por adolescentes" (CEP, 2005: 1).

Para a formação sexual dos jovens, a hierarquia da Igreja dá ênfase à família, evidenciando que o exercício desse direito/dever é anterior à intervenção de outras instituições como a escola.

"Esta tarefa exige dos pais preparação adequada e contínua, de modo a capacitá-los para o diálogo, em clima de simplicidade e abertura à

comunicação, que permita esclarecimento e orientação dos filhos", defendem os bispos, elogiando o esforço dos pais, apesar da "indiferença ou hostilidade perante a instituição familiar" que existe na sociedade atual. "As outras instituições nunca podem substituir os pais" embora possam "ajudá-los no cumprimento da sua missão educativa" (CEP, 2005: 1).

Noutra ótica, a Igreja entende que o desenvolvimento da sexualidade apresenta notáveis diferenças de ritmo, mesmo em indivíduos da mesma idade ou grupo, e defende que os professores não devem antecipar informações, nem incentivar dúvidas ou dificuldades na sua maturação. Nesse sentido, o respeito pelos alunos não permite a utilização de jogos e de outras estratégias, como o desempenho de papéis, que excitam a imaginação e exploram sensações de forma manipuladora, ferindo a sensibilidade e a dignidade dos alunos e não respeitando a sua intimidade e pudor.

A Igreja considera ainda que a sexualidade humana, corretamente entendida, tem uma ligação profunda com o amor e rejeita uma pedagogia que se resuma à mera informação sobre os mecanismos corporais e reprodutores, como tantas vezes tem acontecido, de modo a prevenir o contágio de IST e o surgimento de gravidezes não planeadas. Com uma perspetiva deste tipo, deturpa-se o sentido da sexualidade, isolando-a da dimensão do amor e dos valores, e abre-se caminho à vivência da liberdade sem responsabilidade, considera a CEP, que aponta como exemplos o auto-erotismo, homossexualidade e as relações corporais sem dimensão espiritual. Assim, a hierarquia católica considera que a educação sexual não se deve resumir à dimensão biológica, evidente na diferenciação sexual, mas abranger todo o conjunto de emoções e sentimentos que afetam os indivíduos.

Sobre questões como a integração da educação da sexualidade nos programas, a Igreja não se pronuncia, defendendo principalmente a qualidade formativa dos docentes, a possibilidade de abertura da escola à colaboração de organizações exteriores (CEP, 2005). Como se pode constatar existe uma diferença muito grande entre conceitos, comportamentos e atitudes defendidos pela igreja e pela sociedade em geral. Neste âmbito, e seguindo esta linha de pensamento, pode-se referir que dificilmente a igreja e a sociedade em geral poderão entrar em consonância uma vez que existe uma grande diferença de pontos de vista, em que, por um lado, a Igreja defende a existência de um ideal e a sociedade, pelo contrário, defende o real, por outro lado, a Igreja propõe a perfeição e a sociedade, em geral, aposta na existência do "possível".

Podemos constatar que existe cada vez mais tensões entre a igreja e a sociedade devido às posições que tomam perante diversas temáticas que são de extrema importância, por exemplo a igreja católica condena o aborto e o uso de contraceptivos, onde se encontra incluído o preservativo. Outro facto é o discurso cristão considerar a homossexualidade como um "pecado", desvio à normalidade, ou, ainda uma doença

que deve ser curada através de terapias e da conversão religiosa, e não como uma orientação sexual que cada pessoa adota, e é socialmente aceitável.

Paralelamente à família, também os pares são um importante agente de educação sexual, pois é na interação com os outros que os adolescentes aprendem, testam e adquirem competências, integrando as normas dos grupos a que pertencem e desenvolvendo o seu próprio quadro de valores e estilos de vida, em oposição ou não ao mundo dos adultos e às mensagens parentais (Vilar, 2005).

O grupo de pares é outro contexto relevante no evoluir do adolescente, uma vez que representa “(...) para el adolescente, uno de los recursos más importantes en lo que se refiere a fuentes de información, a referencias, a estímulos, a terrenos de experimentación y seguridad” (Martins, M.F., 2007: 61).

Na adolescência, os amigos/pares assumem uma posição central nos processos de socialização, visto possuírem uma maior semelhança em termos emocionais e afetivos do que a família. Assim, o grupo de pares favorece o desenvolvimento de competências afetivas, sociais e cognitivas e intelectuais e, também, a aquisição de papéis, normas e valores sociais.

Segundo Sampaio (1997: 65), existem “cinco estádios na formação de grupo de adolescentes:

- “1 – Grupo isolado de um só sexo;
- 2 – Os grupos unissexuais participam na interação heterossexual dando-se os primeiros movimentos face à heterossexualidade;
- 3 – Os membros de estatuto mais alto dos grupos heterossexuais iniciam contacto individual com membros do sexo oposto;
- 4 – Formação de grupos inteiramente heterossexuais;
- 5 – Desintegração do grupo como um todo e formação de díades, às vezes agrupadas.”

O adolescente tem necessidade de se afirmar, procurando fora da família novas formas de afeto, novos modelos, inserindo-se numa comunidade mais vasta (o grupo), que lhe dá, por algum tempo, a identidade social que carece (Cordeiro, 1997). Tal como nos diz Sampaio (1997: 65-66) “O grupo permite um jogo de identificações e a partilha de segredos e experiências que reputamos essencial para o desenvolvimento da personalidade”.

Assim, o grupo de pares é um importante elemento educador dos adolescentes, visto ter a capacidade para induzir formas de pensar e comportamentos, pois “o grupo de amigos oferece ao adolescente um suporte importante na contenção de muitas angústias, desenvolvimento de atitudes, valores e ideias, num processo de organização recursiva entre o que o adolescente experimenta no passado, vive no presente e deseja para o futuro.” (Alarcão, 2000: 170).

Uma grande percentagem de adolescentes refere os amigos como a sua principal fonte de informação sobre as questões sexuais. A proximidade em termos de idade,

experiências, interesses e preocupações favorece a identificação mútua e facilita a abordagem de assuntos considerados constrangedores ou difíceis. Como nos refere Martins (2007: 58-59) “(...) la socialización por el grupo es un paso importante por la maduración del adolescente”.

Porém, ainda que a “igualdade de circunstâncias” torne mais fácil abordar estas questões, os pares não são o mais eficaz dos agentes de educação sexual, contribuindo muitas vezes para a manutenção de crenças erróneas e para a disseminação de informação pouco fidedigna. Por isso, é necessário que os pais/família acompanhem e compreendam os relacionamentos/interações que se estabelecem entre o adolescente e o seu grupo de pares, relativamente a todas as matérias e sobretudo em relação à sexualidade, no entanto sem criticar negativamente, uma vez que “a hostilização dos novos amigos, acompanhada por uma rigidificação das regras familiares, leva a uma progressiva rutura do jovem face à família, porque nesta fase ele vai perigosamente idealizar o grupo, considerando-o substituto da família para todas as coisas” (Sampaio, 1993: 105). Família, adolescente e grupo devem perceber e respeitar o seu lugar, o seu papel e os seus limites.

Para além das fontes de informação já referidas, os adolescentes recorrem atualmente a outras para se manterem informados sobre os mais variados assuntos, nomeadamente sobre sexualidade. Estas fontes de informação são os meios de comunicação social, a internet, as revistas e os livros científicos. Sendo que estas fontes de informação se constituem simultaneamente uma vantagem e uma desvantagem, visto permitirem ao adolescente confidencialidade. Porém, a grande desvantagem é a falta de credibilidade de algumas fontes consultadas bem como o facto de o adolescente não ter a noção do que é certo ou errado entre o universo de informação disponível.

Vivemos numa “aldeia global” em que a informação se difunde e circula a uma velocidade alucinante.

As mudanças sociais foram ao longo das últimas décadas alvo de uma difusão rápida por parte dos meios de comunicação social. O acesso à televisão, o aumento da oferta de canais televisivos, jornais, revistas, a expansão do acesso à Internet, foram alguns dos meios de propagação rápida e generalizada das ondas de mudança social, entre as quais, as referentes à sexualidade (Vilar, 2003).

“Atualmente, fruto de todo o desenvolvimento, bem como da notoriedade que foi conferida aos meios de comunicação, estes transformaram-se em instrumentos capazes de dissolver barreiras culturais, geográficas e mesmo linguísticas. Possibilitam, desta forma, a construção de uma rede de comunicação mundial que permite uma difusão acelerada da informação, bem como, um contacto com o desconhecido” (Monteiro, 2008: 8).

Os **meios de comunicação social** são uma das fontes mais utilizadas pelos adolescentes, uma vez que “entram” pela casa de cada um, todos os dias, levando aos mais novas informações e conhecimentos sobre os mais variados temas, entre eles, o tão delicado e importante que é a sexualidade (Lopes, 1993). Desta forma, “ (...) los medios de comunicación social no son exclusivamente poderosas técnicas de difusión de la información, sino también formas globales de “ser” y “pensar”” (Martins, M. F., 2007: 64).

A **televisão** é um dos meios de comunicação social com mais impacto na atualidade, uma vez que educa, cria padrões e dissemina informações.

Infelizmente, “(...) tem sido usada frequentemente de maneira inadequada, gerando deseducação, repetindo padrões irreais e omitindo e/ou deturpando informações” (Lopes, 1993: 63). A televisão é apontada como fonte de deseducação sexual, uma vez que faz poucas referências à contraceção e às IST, por exemplo. Pese embora, ultimamente, assistamos a algumas campanhas de prevenção do cancro do colo do útero e de incentivo ao rastreio do mesmo. Consideramos que a realização de campanhas de educação para a saúde no âmbito da sexualidade através dos meios de comunicação social é, sem dúvida, um importante aliado para a educação sexual dos adolescentes. Por razões como o fácil acesso, a utilização de linguagem adequada, assim como o aspeto visual do tratamento da informação, fazem com que o impacto sobre os adolescentes seja maior.

Muitos estudos demonstram a capacidade da televisão para transmitir informações e moldar atitudes e, para além disso, é também do conhecimento atual que a televisão é para os adolescentes um importante meio de entretenimento e que “El adolescente tiene tendencia a imitar el modelo de conducta sexual del adulto que se muestra en los medios de comunicación” (Martins, 2007: 68). Segundo Strasburger (1999) uma das mensagens transmitidas através das novelas e séries televisivas é que os adultos não usam métodos contraceptivos e que não planeiam as suas relações sexuais, privilegiando o “(...) ser levado no momento”. Por isso, é extremamente importante que tenhamos cuidado com as informações que são veiculadas nos *media*.

De acordo com Gouveia, citado por Lopes (1993), desligar o televisor não é solução, deve-se, antes, promover o diálogo e o debate entre adolescentes e educadores, de modo a que estes consigam incutir nos adolescentes uma conduta baseada na afetividade e não no mero divertimento, procurando abolir a imagem do sexo com fins comerciais.

Porque, tal como nos diz Lopes (1993: 64), “A informação clara, verdadeira, desmistificada e dentro de um contexto de afeição e compreensão é a nossa principal arma contra os danos que os meios de comunicação podem provocar”.

A **internet** é um “novo” espaço de socialização para todos nós, sobretudo para os adolescentes. Para além de permitir o estabelecimento de novas relações (nomeadamente através das sobejamente conhecidas redes sociais), permitem também o acesso a um vasto leque de informação sobre os mais variados temas com uma rapidez incrível. Daí ser um dos meios de eleição em termos de procura de informação.

Segundo Martins (2007: 70), a internet “(...) ha aportado un “poder” a los niños y adolescentes único en la historia contemporânea (...)”, ela permite aos adolescentes transmitir informação para outros adolescentes, trocar ideias, conceitos, crenças e valores.

A internet possui qualidades que se constituem simultaneamente inconvenientes: “ (...) el contenido ilimitado y diversificado; la libertad de utilización; la ausencia de vigilancia una vez que es casi siempre utilizada aisladamente y por los jóvenes; aún está en proceso de auto-invención y, por eso, sus códigos son fuidos e inconstantes” (Martins, 2007: 71).

Os adolescentes são seres vulneráveis porque não têm consciência dos seus limites e é a procura destes limites que os podem conduzir a situações perigosas. E quando estão a navegar na internet não há nenhum limite nem guia de navegação, o que constitui uma preocupação. Daí ser importante informar os adolescentes sobre os benefícios de utilização da internet sensibilizando-os também para os seus inconvenientes.

As **revistas** e os **livros científicos** são outras das fontes de informação utilizadas pelos adolescentes. Possuem, tal como os anteriores, a grande vantagem da confidencialidade.

No que se refere às revistas, existem no mercado várias e muitas delas destinadas aos próprios adolescentes, mas que por vezes possuem conteúdos pouco científicos.

Em relação aos livros, estes possuem uma informação mais fidedigna e científica, mas os adolescentes consideram-nos “maçadores”, contribuindo para que não sejam uma fonte muito utilizada por eles.

Porém, como nos diz Martins (2007: 73), “ (...) no interesa prohibir sino controlar su utilización”.

1.8 – TEORIA SÓCIO-COGNITIVA DE ALBERT BANDURA

Bandura centralizou as suas pesquisas no estudo do comportamento humano quando inserido no contexto social, dando valor a os processos cognitivos dos indivíduos. Para Bandura o homem não reage como uma máquina perante as

influências do meio já que as reações a os estímulos são automatizadas. Bandura não vê o homem como um ser passivo, totalmente dominado por ações ambientais, mas sim como um ser influente em todos os processos. O comportamento não necessita ser diretamente reforçado para ser adquirido, o homem aprende e adquire experiências observando as consequências dentro do seu ambiente, assim como as vivências das pessoas a sua volta, considerando que pensamentos, convivência, crenças e expectativas fazem parte de um processo de crescimento. Em alguns momentos a resposta habitual pode ser uma característica geral dos indivíduos dentro de determinada cultura, em outros momentos estas respostas podem ser idiossincráticas derivadas de experiências particulares e peculiares a um sujeito.

A teoria social cognitiva promove uma visão do funcionamento humano que prevê um papel central para os processos cognitivos, vicários, auto reguladores e auto reflexivos na adaptação e mudança humanas.

Segundo a mesma teoria, os indivíduos são auto organizados, proactivos, auto reflexivos e auto regulados, em vez de organismos reativos que são moldados e orientados por forças ambientais ou movidos por impulsos interiores encobertos. Assim, o pensamento humano e a ação humana são considerados produtos de uma inter-relação dinâmica entre influências pessoais, comportamentais e ambientais. A maneira como as pessoas interpretam os resultados do seu próprio comportamento informa e altera os seus ambientes e os fatores pessoais que possuem, os quais, por sua vez informam e alteram o comportamento futuro. Esta é, a base da concepção do determinismo recíproco segundo Bandura (1986) em que segundo a visão deste:

Fatores pessoais, na forma de cognições, afetos e eventos biológicos;

Influências comportamentais;

Ambientais criam que resultam numa reciprocidade triádica.

A natureza recíproca dos determinantes do funcionamento humano na teoria social cognitiva possibilita que as intervenções terapêuticas sejam direcionadas para fatores pessoais, ambientais ou comportamentais.

A teoria social cognitiva baseia-se numa visão da essência humana, segundo a qual os indivíduos são agentes que podem fazer coisas acontecerem com os seus atos e envolvem-se de forma proactiva no seu próprio desenvolvimento.

A teoria social cognitiva adota a perspectiva da agência para o autodesenvolvimento, a adaptação e a mudança (Bandura, 2001). Ser agente significa influenciar o próprio funcionamento e as circunstâncias de vida de modo intencional. Segundo essa visão, as pessoas são auto-organizadas, proactivas, auto reguladas e auto reflexivas, contribuindo para as circunstâncias de suas vidas, não sendo apenas produtos dessas condições.

Não se devem confundir as crenças de auto eficácia das pessoas com os seus julgamentos sobre as consequências que o seu comportamento pode produzir. Como os indivíduos agem coletiva e individualmente, a auto eficácia é uma construção pessoal e social. As organizações que têm um forte sentido de eficácia coletiva exercem influências emponderadoras nos seus participantes e esses efeitos são palpáveis e evidentes.

O funcionamento humano está enraizado em sistemas sociais. Portanto, a agência pessoal opera dentro de uma ampla rede de influências socio estruturais.

A modelação social ocorre por meio de quatro subfunções cognitivas, abrangendo processos de atenção, representação, tradução ativa e processos motivacionais (Bandura, 1975).

As representações cognitivas transmitidas por meio de modelação servem como guias para a produção de desempenhos hábeis e como padrões para fazer ajustes corretivos no desenvolvimento da proficiência comportamental. Geralmente, as habilidades são aperfeiçoadas com repetidos ajustes corretivos na igualação de concepções durante a produção do comportamento. A ação controlada, com feedback instrutivo, serve como um veículo para converter concepções em desempenhos proficientes. O feedback que acompanha as ações proporciona as informações necessárias para detetar e corrigir diferenças entre concepções e ações. Dessa forma, o comportamento é modificado com base nas informações comparativas, de maneira que as competências desejadas sejam dominadas.

O valor de uma teoria psicológica não é julgado apenas por seu poder explicativo e preditivo, mas por seu poder prático para promover mudanças no funcionamento humano. A teoria social cognitiva é facilmente indicada para aplicações sociais, pois especifica determinantes modificáveis e a maneira como estes devem ser estruturados, com base nos mecanismos pelos quais operam. O conhecimento de processos de modelação oferece orientações informativas sobre como proporcionar que as pessoas efetuem mudanças pessoais, organizacionais e sociais (Bandura, 1969, 1997; Bandura e Rosenthal, 1978).

Quando os indivíduos apreendem o princípio condutor, eles podem usá-lo para produzir novas versões do comportamento, que vão além o que viram ou ouviram, e podem adaptar o comportamento para adequá-lo a mudanças em determinadas circunstâncias. Dessa forma, por exemplo, habilidades gerenciais genéricas, desenvolvidas por meio da modelação e de ações orientadas com feedback instrutivo, aperfeiçoam o funcionamento de gestão que, por sua vez, reduz o absenteísmo e a rotatividade dos funcionários e aumenta o nível de produtividade organizacional.

Uma fonte crescente e influente de aprendizagem social é a modelação simbólica global e variada que ocorre por meio da média eletrónica. Uma importante vantagem

da modelação simbólica é que ela pode transmitir de forma simultânea uma variedade virtualmente ilimitada de informações para uma vasta população em locais bastante dispersos. Os extraordinários avanços observados na tecnologia de comunicações têm transformado a natureza, o alcance, a velocidade e os locais de influência humana. Esses avanços tecnológicos alteraram radicalmente o processo de difusão social.

Sistemas de vídeo alimentados por satélites de telecomunicações tornaram-se o meio dominante para disseminar ambientes simbólicos. Novas ideias, valores e estilos de conduta espalham-se muito rápido em todo mundo, de maneira que promovem uma consciência globalmente distribuída. A internet possibilita o acesso comunicativo instantâneo a todo mundo. Isso torna a modelação eletrônica um poderoso veículo para mudanças transculturais e sociopolíticas (Bandura, 2002).

Nessa função ampliada da difusão social de inovações por meio de modelação simbólica, surge a teoria social cognitiva dentro do conhecimento da teoria das redes sociais (Bandura, 1986).

As influências sociocognitivas instruem as pessoas para novas ideias e práticas e motivam-nas a adotá-las. Redes sociais multiconetadas proporcionam o caminho potencial para a difusão, pelo qual se espalham e são assistidas.

Por intermédio de uma parceria cooperativa (Bandura, 2002), a abordagem social cognitiva combinou três componentes principais num modelo para promover mudanças no âmbito da sociedade. O primeiro componente é um modelo teórico que especifica os determinantes da mudança psicossocial e os mecanismos pelos quais produzem seus efeitos, esse conhecimento proporciona os princípios condutores. O segundo componente é um modelo de tradução e implementação, que converte princípios teóricos num modelo operacional inovador. Ele especifica o conteúdo, as estratégias de mudança e o modo de implementação.

O terceiro componente é um modelo de difusão social, de como promover a adoção de programas psicossociais em meios culturais diversos. Cada um desses componentes tem uma função singular, que exige diferentes tipos de habilidades. As aplicações da teoria social cognitiva na África, Ásia e América Latina para aliviar alguns dos problemas globais mais urgentes documentam como essas três funções competentes evoluíram, formando um poderoso modelo para a mudança social (Bandura, 2002).

Para exercerem influência sobre si mesmos, os indivíduos devem monitorar o seu comportamento, julgá-lo em relação a algum padrão pessoal de mérito e reagir a ele, autoavaliando-se.

A motivação e as realizações humanas não são governadas apenas por incentivos materiais, mas por incentivos sociais e auto avaliativos, ligados a padrões

personais. As pessoas normalmente aceitam alternativas de pouca utilidade ou até sacrificam os ganhos materiais para preservar a sua auto consideração positiva.

A teoria social cognitiva propõe um sistema de duplo controlo na auto regulação – um sistema proactivo de produção de discrepâncias em conjunto com um sistema reativo de redução de discrepâncias (Bandura, 1991). Em uma série de estudos, demonstramos que as pessoas são organismos ambiciosos e proativos, e não apenas reativos. Sua capacidade de prever lhes possibilita exercer o controle antecipadamente, em vez de simplesmente reagir aos efeitos de seus esforços. Elas são motivadas e orientadas pela previsão de metas, e não apenas pela retrospectiva de limitações.

Nesses estudos, as pessoas se motivavam e orientavam por meio do controle proativo, estabelecendo metas desafiadoras e padrões de desempenho difíceis para si mesmas, que criavam discrepâncias negativas a serem dominadas.

Mobilizavam seus esforços e recursos pessoais com base em uma estimativa do que seria necessário para satisfazer esses padrões. O controle reativo entrou em jogo em ajustes subsequentes do esforço para alcançar os objetivos desejados. Após as pessoas alcançarem as metas que vinham buscando, aquelas que tinham uma percepção elevada de eficácia estabeleceram um padrão mais alto para si mesmas (Bandura, 1986).

Após as pessoas alcançarem as metas que vinham procurando, aquelas que tinham uma percepção elevada de eficácia estabeleceram um padrão mais alto para si mesmas (Bandura, 1986).

A adoção de outros desafios criou novas discrepâncias motivadoras a serem dominadas.

O objetivo da construção de teorias é identificar um pequeno número de princípios que possam explicar uma variedade de fenómenos. No interesse da generalidade abrangente, a teoria social cognitiva concentra-se em princípios integrativos os quais operam em diferentes esferas do funcionamento. A generalidade do componente auto regulador na teoria social cognitiva corrobora as aplicações variadas desse conhecimento no desenvolvimento educacional, na promoção da saúde, na regulação do afeto, no desempenho físico e no funcionamento organizacional (Bandura, 1997).

Dependendo da situação, as disfunções na auto regulação podem abrir caminho para a conduta transgressora, abuso de substâncias, transtornos alimentares e depressão crónica (Bandura, 1997).

A teoria social cognitiva distingue as capacidades humanas básicas e a maneira como a cultura molda tais potencialidades em formas diversas apropriadas para diferentes meios culturais. Por exemplo, os seres humanos desenvolveram uma capacidade avançada de aprendizagem observacional, que é essencial para o seu

desenvolvimento pessoal e funcionamento, independentemente da cultura em que as pessoas vivem. De facto, em muitas culturas, a palavra que significa “ensinar” é a mesma usada para “demonstrar”. A modelação é uma capacidade humana universalizada. Mas aquilo que é modelado, a maneira em que as suas influências são estruturadas socialmente e os propósitos que elas têm variam em diferentes meios culturais (Bandura, 1963).

A evolução da teoria social cognitiva e a maneira em que ela expandiu o seu alcance, generalidade e aplicações sociais. A exposição completa da teoria, especifica como os determinantes e mecanismos básicos atuam em conjunto no autodesenvolvimento, adaptação e mudança humanos (Bandura, 1986). A construção de teorias tem um lugar social, em vez de ocorrer isoladamente.

1.9 – PLANEAMENTO EM SAÚDE

O planeamento em saúde é um processo contínuo e dinâmico, que tem início no diagnóstico de situação. Assim, é essencial ter sempre em conta as prioridades estabelecidas, bem como os recursos disponíveis, de forma a garantir o sucesso do mesmo.

Imperatori & Giraldes (1982: 6) definem planeamento em saúde como “a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários fatores socio económicos.”

Deste modo, o planeamento em saúde deve envolver todos os sectores desde o económico ao social, bem como outros que tenham implicações diretas ou indiretas na saúde das populações, só com o envolvimento efetivo de todos podemos diagnosticar corretamente as necessidades de saúde de uma população, bem como definir estratégias corretas como o menor custo possível, planeando intervenções concretas com o objetivo de colmatar ou minimizar as necessidades diagnosticadas. Este processo é dinâmico, pois em todas as suas etapas ele deve ser avaliado e realizadas alterações se justificadas, para conseguir atingir os objetivos propostos.

O planeamento em saúde, permite-nos escolher a melhor solução para alcançar os objetivos de forma mais eficaz e eficiente, conseguindo os resultados pretendidos, com o menor gasto possível de recursos.

As razões que levam à necessidade de planeamento, apontadas por Imperatori & Giraldes (1982) são as seguintes:

- Fazer uma gestão correta dos recursos tendo em conta a sua escassez;

- Estabelecer prioridades definindo o grau de urgência dos problemas que necessitam de resolução;
- Ter em conta o que já foi realizado, e o que está planeado por outros sectores de intervenção na problemática, as intervenções isoladas devem ser evitadas pois aumentam os custos;
- Fazer uma correta gestão dos equipamentos e das infraestruturas, de forma a rentabilizar.

A metodologia do planeamento em saúde é um importante instrumento de trabalho do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, pois é uma das suas competências específicas, estabelecer a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, com base na metodologia do planeamento em saúde (Ordem Enfermeiros, 2010). Este é um processo que inclui várias etapas, tem início com “a análise dos problemas de saúde comunitária identificados no diagnóstico de enfermagem comunitária e o estabelecer de prioridades entre eles, estabelecer metas e objetivos, e identificar atividades de intervenção que permitirão atingir os objetivos” Stanhope & Lancaster (1999: 324).

As etapas do planeamento em saúde facilitam as intervenções nesta área e segundo Imperatori & Giraldes (1993: 29), o planeamento em saúde deve seguir determinadas fases: “Diagnóstico de situação; Definição de prioridades; Fixação de objetivos; Seleção de estratégias; Elaboração de programas e projetos; Preparação da execução; Execução e Avaliação”.

Na primeira fase do planeamento em saúde é elaborado o **diagnóstico de situação**. Este deverá corresponder às necessidades da população, e funciona como uma justificação das atividades a realizar, servindo também de padrão de comparação no momento da avaliação das mesmas.

A segunda fase do planeamento é a **definição de prioridades**. É nesta etapa que se define o problema onde se vai intervir.

Esta fase do planeamento consiste em “hierarquizar as necessidades de saúde identificadas pelo diagnóstico de situação, em termos da importância da sua satisfação” (Imperatori & Giraldes 1993: 30).

“A definição de prioridades tem pelo menos duas dimensões: uma ligada essencialmente ao tempo e outra aos recursos” (Imperatori & Giraldes, 1982:30). A dimensão temporal é a resultante das necessidades recorrentes, devendo satisfazer as presentes e não esquecer as futuras.

Após a definição de prioridades segue-se a fase de **fixação de objetivos**, altura em que se definem quais os objetivos a alcançar face aos problemas diagnosticados como prioritários, num determinado período de tempo; é nesta fase que se definem os

indicadores de saúde – relação entre uma situação específica (atividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco (Imperatori & Giraldes, 1993).

Os indicadores de saúde podem ser de resultado ou de atividade: os primeiros medem as alterações verificadas num determinado problema de saúde ou a dimensão atual desse problema, enquanto os segundos visam medir as atividades desenvolvidas com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado (Imperatori & Giraldes, 1993).

Imperatori & Giraldes (1982: 45) referem que “esta é uma etapa fundamental na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa”.

A **seleção de estratégias** é uma etapa de vital importância, uma vez que visa determinar o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde, tendo como objetivo utilizar os recursos de forma eficaz.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993: 30), estratégia de saúde pode ser definida como “o conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim um ou mais problemas de saúde”.

Os critérios para a seleção de estratégias provêm essencialmente da política em vigor e dos objetivos delineados na etapa anterior.

A **preparação da execução** é a etapa seguinte, esta coloca em prática tudo o que foi planeado, assumindo uma importância significativa para os participantes do projeto, possibilitando a realização das suas vontades e necessidades através das ações planeadas.

Imperatori & Giraldes (1993: 30) referem que a preparação da execução “é a descrição detalhada das atividades a desenvolver no projeto, incluindo o cronograma para a sua efetivação”.

A **avaliação** é a última etapa do planeamento em saúde, esta é contínua e permite uma retroação com vista a facilitar a redefinição da análise da situação, a reelaboração dos objetivos, ação e seleção dos meios, bem como a análise dos resultados (Carvalho *et al*, 2001). De acordo com estes autores, a avaliação deve de fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência (relação entre o projeto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios atendendo aos objetivos) e a eficácia (relação entre a ação e os resultados).

Imperatori & Giraldes (1982: 127) referem que “a avaliação ou controlo constitui a etapa final ligando-se circularmente com a fase inicial do mesmo processo”.

O **processo de planeamento em saúde** abrange estas seis etapas contínuas e interligadas, podendo a sua atualização efetuar-se em qualquer etapa.

1.10 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade. Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro do Ministério da Saúde.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária no âmbito das suas competências na área da Educação para a Saúde, deverá ter um papel ativo como agente de formação/ informação na área da educação sexual na adolescência quer no seu local de trabalho quer em intervenções comunitárias em meio escolar. Uma vez que

“a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde” (Conselho de Enfermagem, 2001: 8).

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública

Competência

G1. Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

Considerando a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública realiza o planeamento em saúde de acordo com as diferentes etapas:

G1.1. Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade.

G1.1.1. Integra o conhecimento sobre os determinantes da saúde na conceção do diagnóstico em saúde de uma comunidade.

G1.1.2. Integra variáveis sócio económicas e ambientais no reconhecimento dos principais determinantes da saúde.

G1.1.3. Identifica os determinantes dos problemas em saúde de grupos ou de uma comunidade.

G1.1.4. Identifica as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade.

G1.1.5. Estabelece a rede de causalidade dos problemas de saúde de uma comunidade.

G1.1.6. Utiliza indicadores epidemiológicos na determinação dos problemas de saúde.

G1.1.7. Demonstra conhecimentos no domínio da elaboração de indicadores em Saúde.

G1.1.8. Sistematiza indicadores relevantes ao diagnóstico de saúde.

G1.1.9. Disponibiliza informação relativa ao diagnóstico de saúde de uma comunidade aos diferentes sectores, serviços e instituições da comunidade.

G1.1.10. Define o perfil de saúde da comunidade.

G1.2. Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade.

G1.2.1. Utiliza critérios objetivos que permitam definir quais as principais prioridades em saúde.

G1.2.2. Integra na tomada de decisão sobre as necessidades em saúde de uma comunidade as orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde.

G1.2.3. Utiliza os dados do perfil de saúde na definição dos objetivos e estratégia.

G1.3. Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas.

G1.3.1. Define objetivos mensuráveis que permitam medir as mudanças desejáveis em termos de melhoria do estado de saúde de uma comunidade.

G1.3.2. Concebe estratégias de intervenção exequíveis, coerentes e articuladas que respondam aos objetivos definidos.

G1.3.3. Promove a co-participação dos cidadãos e dos diversos sectores da sociedade na definição dos objetivos operacionais.

G1.3.4. Atende na elaboração das estratégias aos recursos disponíveis e aos aspetos socioculturais da comunidade.

G1.4. Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

G1.4.1. Concebe e planeia intervenções para problemas de saúde pública complexos atendendo aos recursos disponíveis e orientações estratégicas das políticas de saúde.

G1.4.2. Implementa intervenções para problemas de saúde pública complexos.

G1.4.3. Otimiza e maximiza os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos programas e projetos de intervenção.

G1.4.4. Mobiliza os responsáveis organizacionais e políticos nas intervenções em problemas de saúde complexos.

G1.4.5. Disponibiliza informação baseada na evidência científica que suporte as decisões em saúde dos responsáveis organizacionais e políticos.

G1.4.6. Promove o trabalho em parceria/rede no sentido de garantir uma maior eficácia das intervenções.

G1.4.7. Demonstra habilidades nos processos de negociação com vista à participação multisectorial nos diferentes programas e projetos de intervenção.

G1.5. Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

G1.5.1. Monitoriza a eficácia dos programas e projetos de intervenção para problemas de saúde com vista à quantificação de ganhos em saúde da comunidade.

G1.5.2. Procede à sistematização de indicadores de avaliação pertinentes à tomada de decisão política.

G1.5.3. Procede à reformulação dos objetivos, estratégias, programas e projetos com base na variação atingida.

G1.5.4. Atualiza o perfil de saúde e utiliza -o como instrumento de monitorização e comunicação do estado de saúde da população de uma região.

Competência

G2. Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

Promove a capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projetos de saúde coletivos:

G2.1. Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania.

G2.1.1. Participa, em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade.

G2.1.2. Pesquisa e diagnostica problemas e fatores de risco de saúde de comunidades específicas.

G2.1.3. Mobiliza parceiros/grupos da comunidade para identificar e resolver os problemas de saúde.

G2.1.4. Concebe, planeia e implementa programas e projetos de intervenção com vista à consecução de projetos de saúde de grupos e ou comunidades, tendo em conta as suas especificidades culturais.

G2.1.5. Intervém em grupos e ou comunidades com necessidades específicas (diferenças étnicas, linguísticas, culturais e económicas) assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados.

G2.1.6. Mobiliza e integra conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação das comunidades.

G2.2. Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais.

G2.2.1. Concebe e planeia programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico realizado.

G2.2.2. Coordena, dinamiza e participa em programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos.

G2.2.3. Avalia programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos.

G2.3. Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade.

G2.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação e marketing em saúde.

G2.3.2. Utiliza conhecimentos de diferentes disciplinas nos processos de mobilização e participação das comunidades.

G2.3.3. Usa modelos e estruturas conceptuais do âmbito da promoção e educação para a saúde.

G2.3.4. Utiliza abordagens ativas na definição de estratégias de promoção e educação para a saúde.

G2.3.5. Sistematiza e documenta os projetos de intervenção comunitária.

G2.3.6. Identifica necessidades específicas de informação dos grupos e comunidades.

G2.3.7. Gere e disponibiliza informação adequada às características dos grupos e comunidades.

G2.3.8. Concebe instrumentos inovadores e adequados à disseminação da informação.

G2.3.9. Utiliza estratégias que promovam a procura de informação pelas comunidades.

G2.3.10. Procede à avaliação do processo e resultados das atividades de informação.

G3. Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

Considerando a relevância e especificidades dos diferentes Programas de Saúde e os objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde, a maximização das atividades de âmbito comunitário é fundamental para a obtenção de ganhos em saúde.

Unidades de competência

Participa na coordenação, promoção implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

G3.1.1. Participa e compromete -se nos processos de tomada de decisão no âmbito da conceção, implementação e avaliação dos programas de saúde.

G3.1.2. Coopera na coordenação dos diferentes Programas de Saúde que integram o Plano Nacional de Saúde.

G3.1.3. Identifica e monitoriza os resultados obtidos nos diferentes programas de saúde.

G3.1.4. Otimiza a operacionalização dos diferentes Programas de Saúde, recorrendo à utilização de técnicas de intervenção comunitária.

G3.1.5. Introduz elementos de aperfeiçoamento na implementação e monitorização dos programas de saúde.

G3.1.6. Colabora na elaboração de protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes instituições da comunidade.

G3.1.7. Fornece antecipadamente as orientações para a implementação dos diferentes Programas de Saúde.

G3.1.8. Otimiza e maximiza os recursos necessários à consecução das diferentes atividades inerentes aos Programas de Saúde.

G3.1.9. Analisa, interpreta e esclarece o impacto das intervenções com os diferentes atores implicados na execução dos Programas de Saúde.

G4. Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico

A vigilância epidemiológica constitui um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde doença.

Unidades de competência

Procede à vigilância epidemiológica dos fenómenos de saúde doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica.

G4.1.1. Concebe instrumentos de colheita de dados para a vigilância epidemiológica.

G4.1.2. Sistematiza indicadores necessários à elaboração do perfil epidemiológico de uma área geodemográfica.

G4.1.3. Monitoriza os fenómenos de saúde -doença de uma população com vista ao estabelecimento de uma evolução prognóstica.

G4.1.4. Utiliza modelos conceptuais explicativos na vigilância epidemiológica.

G4.1.5. Utiliza técnicas estatísticas específicas de cálculo e interpretação das medidas epidemiológicas.

G4.1.6. Analisa as potencialidades e limitações das técnicas e medidas epidemiológicas.

G4.1.7. Participa na gestão de sistemas de vigilância epidemiológica.

G4.1.8. Participa nos processos inerentes à vigilância da saúde ambiental.

G4.1.9. Utiliza a evidência científica para soluções inovadoras em problemas de saúde pública.

CAPÍTULO II

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA EDUCAÇÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA NA ESCOLA SECUNDÁRIA MOUZINHO DA SILVEIRA

1 – ANÁLISE DO CONTEXTO

A Escola Secundária Mouzinho da Silveira situa-se no Alto Alentejo, na cidade de Portalegre e no dia 4 de Abril comemora-se o “Dia da Escola”.

A Escola recebe alunos da sua área geográfica de influência, que inclui os concelhos limítrofes e freguesias rurais do concelho, mas apesar de tudo a sua população escolar tem diminuído, facto que parece ser consentâneo com a variação demográfica do Distrito.

No ano letivo de 2010/2011 matricularam-se na Escola Secundária Mouzinho da Silveira, um total de 670 alunos, distribuídos pelos vários anos da seguinte forma: 235 no 3º Ciclo do Ensino Básico Regular (7º ao 9ºano), 24 de uma turma do Curso Educação e Formação de nível básico, que confere equivalência ao 9º ano e certificação profissional de nível 2, temos ainda 411 alunos que frequentam o Ensino Secundário, dos quais 215 nos Cursos Científico-Humanísticos, 59 no Curso Tecnológico de Desporto e 137 em Cursos Profissionais que conferem certificação escolar equivalente ao 12º ano e certificação profissional de nível 3.

Foram abrangidos por um projeto de trabalho estabelecido entre a Escola Secundária Mouzinho da Silveira e a Escola Superior de Saúde de Portalegre, na área da Educação para a Saúde – Sexualidade na Adolescência, um total de 264 alunos, distribuídos da seguinte forma: três turmas de 8º Ano, três turmas de 9º ano, seis turmas de 10º ano e uma turma do Curso Educação e Formação. Esta foi uma das áreas a privilegiar pela Direção da Escola, conforme descrito no seu projeto educativo de 2011-2013 de forma a contribuir para a aplicação do preconizado no Decreto-lei nº 60/2009, de 6 de Agosto e na Portaria nº 196-A / 2010 de 9 de Abril.

Na Escola Secundária Mouzinho da Silveira trabalham 87 professores, sendo 67 do quadro da Escola e 20 são contratados.

Do pessoal não docente o corpo da Escola é constituído por 30 funcionários, sendo 20 do quadro da Escola, 9 exercendo funções em regime de contrato individual

de trabalho por tempo indeterminado, 1 em contrato a termo certo. Dos 30 funcionários, 10 são Assistentes Técnicos e 20 Assistentes Operacionais.

A título de curiosidade, no final do ano letivo de 2011/2012, foi feita a fusão do Agrupamento da Escola Secundária Mouzinho da Silveira e do Agrupamento Nº 2 Cristóvão Falcão, do qual resultou um significativo aumento do número de alunos e professores nesta escola.

Tendo sido intervencionada no âmbito do Programa de Modernização das escolas do Ensino Secundário, pela Parque Escolar durante o ano letivo 2008/2009, ficou dotada de novos espaços e viu melhorados os já existentes, reunindo, neste momento, todas as condições para o desenvolvimento de um processo de ensino aprendizagem conducente a um maior sucesso dos alunos.

A Escola funciona em diferentes Blocos de A a G, em termos de equipamentos informáticos, todas as salas de aula possuem computador e projetor, tendo, uma em cada três, quadros interativos com exceção do bloco A onde existem quatro salas com este recurso informático.

A escola possui ainda salas de informática, sala multimédia, cinco Laboratórios (Biologia, Geologia, Física e dois de Química), e um biotério. Uma sala de Teatro, sala de desenho/EVT, sala de trabalhos oficinais, sala polivalente, gabinete de apoio TIC/oficina de multimédia, salas de trabalho para professores, salas de reuniões, salas de trabalho para pequenos grupos, e Biblioteca.

No bloco E situa-se o Pavilhão Gimnodesportivo, uma sala de Ginástica, uma sala para aulas teóricas. Em anexo, funciona o campo de jogos. Como estruturas de apoio, temos os balneários femininos e masculinos e salas de arrumação de material desportivo. Pretende a Direção da potenciar todo o equipamento e as novas instalações, no sentido de transformar a Escola num “palco” atrativo de desenvolvimento local.

Na Escola, funciona o cartão magnético que permite não só o controlo de entradas e saídas dos alunos, funcionários e professores como também o acesso a todos os serviços da Escola.

PARCERIAS NA ÁREA DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A Escola Secundária Mouzinho da Silveira tem celebrado algumas parcerias, com várias instituições da região, na área social, cultural, desportiva, económica e com instituições ligadas à saúde.

Celebrou um protocolo com a Unidade de Saúde Local do Norte Alentejano – ULSNA, para dinamizar campanhas de sensibilização sobre hábitos alimentares, para controlar a qualidade das ementas do refeitório e para assegurar o cumprimento das

regras HACCP, nos vários espaços da Escola, com o objetivo de formar o pessoal que trabalha nesses espaços e para controlar, através de visitas de rotina, o cumprimento dessas regras.

Pretende manter uma parceria com o Instituto da Droga e Toxicodependência – IDT, delegação de Portalegre, na aplicação do programa “Eu e os Outros”.

Mais recentemente estabeleceu um projeto de trabalho com a Escola Superior de Saúde de Portalegre, na Área da Educação para a Saúde - Sexualidade na Adolescência, resultante do qual foi aplicado um questionário na Escola a um total de 264 alunos, distribuídos da seguinte forma: três turmas de 8º Ano, três turmas de 9º ano, seis turmas de 10º ano e uma turma do Curso Educação e Formação. Da análises dos questionários e após um diagnóstico da situação, irá ser feita uma intervenção junto dos alunos que reponderam aos questionários, intervenção essa, feita pelos alunos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Portalegre.

2 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Para fazermos o diagnóstico de situação foi aplicado um questionário, constituído por perguntas abertas e fechadas, à população escolar da Escola Secundária Mouzinho da Silveira às turmas de 8º, 9º, 10º ano e CEF, aos quais foi aplicado um questionário (anexo 1) – aos alunos do 8º e 9ºs anos e o (anexo 2) – aos alunos de 10º ano e CEF, a qual foi constituída por 264 adolescentes de ambos os sexos, dos quais assistiram às Sessões de Educação para a Saúde 238 alunos.

Da análise dos resultados obtidos verificou-se que as atitudes dos adolescentes perante a sexualidade são consideradas liberais, face ao controlo político-legal. No entanto a atitude mais conservadora verificou-se em relação á homossexualidade por parte dos rapazes e a pornografia por parte das raparigas.

Importa realçar que um grande número de jovens não tem opinião formada em relação aos seguintes temas: as praias de nudistas deveriam ser totalmente proibidas; o governo deveria fazer mais para evitar a de materiais pornográficos; está provado que a masturbação faz mal à saúde; a masturbação é um comportamento admissível na adolescência; a virgindade nas raparigas é ainda um valor a preservar; a educação sexual na escola pode despertar nos jovens comportamentos sexuais precoces; é à família e não à escola, a quem compete a educação sexual dos filhos.

A maioria dos adolescentes já iniciou relações sexuais, sendo a maior percentagem encontrada nos rapazes. O método contraceptivo de eleição é o preservativo, no entanto verificamos que existe uma percentagem significativa de jovens que não decidiu relativamente ao método contraceptivo a utilizar. É uma situação que merece atenção da nossa parte, uma vez que está intimamente relacionada com a prevenção da gravidez na adolescência e com as Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Em relação à comunicação sobre o tema com os pais, foram os rapazes que referiram ter menos dificuldade, no entanto eram as raparigas que mais abordavam os temas com as mães e com maior frequência.

Os interlocutores preferenciais para a discussão do tema eram os amigos seguindo-se a mãe. A maioria considerava-se bem informada devido ao fácil acesso de informação e ao facto dos assuntos serem abordados na escola. No entanto á quem considere que há falta de informação e vergonha em abordarem os temas.

Em relação às fontes de informação os jovens, atribuíam grande importância aos amigos, aos pais e à escola, no entanto a internet e a televisão são veículo de informação sobre o assunto, e os livros científicos eram mais valorizados pelas raparigas, enquanto os rapazes lhe atribuíam menor valor. Foi desvalorizado o papel da Igreja na Educação Sexual.

Os resultados deste estudo apoiam a continuada necessidade de intervenção na área da educação sexual no meio escolar, o que vez confirmar a pertinência deste tipo de estudos.

Posteriormente ao diagnóstico de situação, desenvolvemos o nosso projeto de estágio de grupo e na sequência deste emerge o nosso projeto de estágio individual.

3 – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Não foi necessária a aplicação de prioridades porque tivemos a capacidade de intervir em todas as necessidades identificadas, uma vez que a amostra era reduzida e o grupo de trabalho conseguiu dar resposta a todas as situações identificadas.

4 – FIXAÇÃO DE OBJECTIVOS

- Fornecer informação para capacitar os adolescentes para a tomada de decisões e comportamentos responsáveis face á sexualidade;
- Desenvolver as intervenções de acordo com as necessidades de saúde no âmbito da educação sexual aos adolescentes do 9º ano turmas B e C da Escola Secundária Mouzinho da Silveira;
- Descrever e analisar as atividades desenvolvidas, os recursos utilizados, o tratamento e análise de dados;
- Desenvolver as capacidades de auto análise, auto crítica e auto avaliação;
- Realizar uma avaliação global do estágio.

5 – SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Como estratégias o grupo de trabalho traçou as seguintes:

- Envolver os Professores coordenadores do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Comunitária, os Professores das Escolas Secundárias, os diretores de turma e os diretores das duas escolas secundárias;
- Divisão do grupo de trabalho, onde foram divididas as várias tarefas pelos vários elementos, tendo em atenção a morada de cada um, visto que havia elementos de várias cidades distantes de Portalegre, tendo ficado mais o trabalho de campo para os elementos que vivem em Portalegre;
- Planeamento das atividades a realizar, para que estas fossem atrativas para os jovens, e que contribuam para a vivência de uma sexualidade saudável, tendo em conta o ano letivo e apresentadas de acordo com o que diz a legislação em vigor;
- Foram elaborados os vários planos de sessão (anexo 4)
- Divisão do grupo pelos dias agendados para as sessões de educação para a saúde;
- Elaboração de um questionário de satisfação para os jovens.
- Realização de sessões de educação para a saúde (uma por cada turma), visto a grande tónica da nossa intervenção ser colocada na promoção da saúde e a educação para a saúde ser uma estratégia da mesma, tal como referimos no referencial teórico deste relatório. Assim, optámos pela realização de sessões de educação para a saúde, no âmbito da educação sexual, aos adolescentes da ESMS e da ESSL.

6 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Realizámos reuniões quinzenais de grupo de trabalho, para planeamento desta intervenção comunitária, bem como reuniões de orientação com os professores da ESSP responsáveis pelo Estágio.

Foram efetuadas diversas reuniões com a presidente do conselho executivo da Escola Mouzinho da Silveira Professora Ausenda, para articulação com as atividades da escola e testes dos alunos.

No dia 30 de Março de 2011, tivemos uma reunião com a Presidente do Conselho Executivo da Escola Secundária Mouzinho da Silveira e os professores que ficaram responsáveis por receber os alunos de Mestrado para as respetivas sessões. Foram-lhes apresentadas as principais conclusões do diagnóstico de situação realizado e onde foram discutidos os temas abordar, assim como a forma mais adequada de o fazer, uma vez que os professores conhecem melhor os alunos em causa.

Para além disso, foram também definidas as datas de realização das sessões, tendo ficado acordado na semana de 02/05/2011 a 06/05/2011, bem como o horário respetivo para cada turma. Paralelamente, contactou-se o Professor da ESSL que solicitou a nossa intervenção, no sentido de se marcar a data das sessões a realizar.

Desta forma, efetuámos um mapa de divisão das turmas pelos diversos dias, bem como os respetivos grupos de mestrados responsáveis pela realização das sessões de educação para a saúde.

Foram efetuados os mapas de intervenção (anexo 3), com a respetiva calendarização, distribuição das turmas pelos vários elementos do grupo, foram sorteados os grupos, tendo salvaguardado, que os grupos deveriam ser mistos sempre que possível e tivemos ainda em atenção à residência dos vários elementos, para uma melhor articulação e preparação dos temas a abordar.

Com base nos temas que emergiram dos respetivos diagnósticos de situação, enquadrando-os naquilo que está preconizado ser abordado nos diferentes níveis de ensino.

Elaboramos os vários planos de sessão, cada um para o respetivo ano letivo. (anexo 4),

Assim, nas sessões de educação para a saúde, resolvemos abordar a noção de sexualidade (anexo em formato CD), recorrendo ao debate; as atitudes face à sexualidade, em que recorremos a um barómetro de atitudes onde se pedia aos adolescentes para comentarem frases dizendo se concordavam ou não e porquê; os papéis de género, no qual passámos um pequeno filme (anexo em formato CD), ao qual se seguiu o debate sobre o mesmo; os métodos contraceptivos, onde recorremos ao debate; e as fontes de informação, no qual optámos pelo método expositivo. A sessão estava programada para decorrer em 90 minutos.

Para além disso, construímos um questionário de satisfação para aplicar aos adolescentes no final das sessões de educação para a saúde desta intervenção, a fim de avaliar a satisfação dos mesmos (anexo 5).

Nesta etapa, é também importante definirmos os recursos necessários à execução desta intervenção, que passamos a enumerar

Nesta etapa do planeamento também quisemos definir os Recursos humanos e materiais:

Recursos Humanos

- Alunos do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária;
- Professores da ESSP responsáveis pelo Estágio;
- Direção da ESMS e Professor da ESSL;
- Adolescentes do 8.º, 9.º, 10.º ano e CEF da ESMS;
- Adolescentes do 10º ano da ESSL.

Recursos materiais:

- Salas de aula da ESMS e ESSL;
- Computador e projetor multimédia;
- Reprografia da ESSP, para fotocopiar os questionários de avaliação.

7 – EXECUÇÃO

Foram efetuadas sessões de educação para a saúde, sobre a temática sexualidade, nas diversas turmas de ambas as Escolas Secundárias, estando sempre presentes pelo menos 2 alunos de Mestrado e os Professores Doutores Filomena Martins e Mário Martins. Foi utilizado o método expositivo.

No final das sessões estava destinado um período de tempo para as conclusões e preenchimento de um questionário de avaliação da satisfação dos jovens. (anexo 5)

O que nos pareceu mais relevante durante as sessões foi a participação da grande maioria dos adolescentes das diversas turmas nas referidas sessões, o que nos levou algumas vezes a ter de interromper para prosseguir com a apresentação, pois tínhamos um plano de aula que convém cumprir.

8 – AVALIAÇÃO

Esta é a ultima etapa do processo do planeamento em saúde e com ela pretende-se planificar de modo mais eficaz e melhorar a atividade em curso (Tavares 1990).

É nesta fase que os indicadores definidos surgem como instrumentos de medida pois “é através deles que conhecemos a realidade e medimos os avanços alcançados.”(Imperatori & Giraldes ,1982:132).

Deste modo, foram atingidos os objetivos propostos no projeto de intervenção, como se pode constatar pela análise dos indicadores.

Indicadores de atividade/processo:

- Realização de duas ou mais reuniões de orientação com os professores responsáveis pelo estágio;
- Realização de duas ou mais reuniões com a Diretora da Escola Secundária Mouzinho da Silveira e com os professores ou diretores de turma responsáveis pela educação sexual da turma;
- Realização de uma sessão de educação para a saúde por turma.

Indicadores de resultado da atividade:

- 100% de respostas aos questionários de satisfação aos adolescentes no final de cada sessão;
- 80% dos questionários preenchidos com grau de satisfação global de satisfeito ou superior.

Não foram definidos indicadores de impacto, uma vez que estas medidas só serão mensuráveis a longo prazo, assim com os ganhos em saúde.

Da análise dos indicadores de atividade/processo pode-se concluir que foram atingidos na sua globalidade, pois foram todos realizados, conforme pode ser verificado na etapa do planeamento da execução e execução das atividades.

A análise dos indicadores de resultado da atividade foi realizada através da análise dos questionários de satisfação aplicados aos alunos no final das sessões.

A análise estatística das perguntas foi realizada através do programa SPSS® versão 16.0 para Windows. Numeraram-se aleatoriamente os questionários, sendo os dados introduzidos de acordo com a sequência em que estavam no questionário.

Utilizou-se a estatística descritiva: frequência absoluta e percentagem.

9 – ANÁLISES DE DADOS

Relativamente à questão aberta do questionário não se obtiveram comentários ou sugestões, pelo que não foi realizada análise de conteúdo da mesma.

Os dados serão apresentados em tabelas, sendo realizada primeiro a sua descrição.

9.1 – VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

A população alvo das sessões de educação para a saúde na área da educação sexual foi de 276 adolescentes, 238 do 8º, 9º, 10ºs anos e CEF da Escola Secundária Mouzinho da Silveira os quais responderam aos questionários de diagnóstico de situação e mais 38 adolescentes do 10º ano da Escola Secundária de São Lourenço, que não responderam ao referido questionário, mas que foram incluídos nas sessões de educação para a saúde, com autorização dos Professores Doutores Filomena Martins e Mário Martins, com o intuito de aumentar o nosso campo de estágio, uma vez que o grupo de trabalho era grande e a estes alunos da Escola Secundária de São Lourenço, lhes tinha sido aplicado um questionário sobre sexualidade por um professor da escola e como as conclusões finais foram ao encontro daquilo que foram as nossas aquando da análise dos dados dos questionários aplicados na outra escola, decidiu-se então avançar com a referida intervenção.

9.1.1 – Idade e sexo dos adolescentes

Idade	Sexo				Total da amostra	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
13	22	15,3	12	9,1	34	12,3
14	26	18,1	20	15,2	46	16,7
15	44	30,6	39	29,5	83	30,1
16	27	18,8	36	27,3	63	22,8
17	13	9	17	12,9	30	10,9
18	8	5,6	5	3,8	13	4,7
19	4	2,8	2	1,5	5	2,2
22	0	0	1	0,8	1	0,4
Total	144	100,0	132	100,0	276	100,0

Quadro 1 – Distribuição dos adolescentes segundo idade e sexo

As idades variavam entre os 13 e os 22 anos e o maior número de adolescentes situa-se na faixa etária dos 15/16 anos (146).

9.1.2 – Escolaridade e sexo dos adolescentes

Escolaridade	Sexo				Total da amostra	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
8º Ano	39	27,1	27	20,5	66	23,9
9º Ano	32	22,2	31	23,5	63	22,8
10º Ano	73	50,7	74	56,1	147	53,3
Total	144	100,0	132	100,0	276	100,0

Quadro 2 – Distribuição dos adolescentes segundo escolaridade e sexo

A maioria dos adolescentes frequenta o 10º ano (53,3%), seguindo-se o 8º ano (23,9%) e o 9º ano (22,8%).

9.1.3 – Estabelecimento de ensino e sexo dos adolescentes

Estabelecimento de Ensino	Sexo				Total da amostra	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
Escola Secundária Mouzinho da Silveira	121	84	117	87,9	238	86,2
Escola Secundária de São Lourenço	23	16	15	11,4	38	13,8
Total	144	100,0	132	100,0	276	100,0

Quadro 3 – Distribuição dos adolescentes segundo o estabelecimento de ensino e sexo

Relativamente à distribuição dos adolescentes por estabelecimento de ensino, 238 frequentam a Escola Secundária Mouzinho da Silveira e 38 frequentam a Escola Secundária de São Lourenço.

9.2 – AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO

9.2.1 – Variável forma como te sentiste durante a sessão

A satisfação dos adolescentes em relação:		Sexo				Total da amostra	
		Feminino		Masculino			
		N	%	N	%	N	%
Forma como te sentiste durante a sessão	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	1	0,7	2	1,5	3	1,1
	Satisfeito	32	22,2	41	31,1	73	26,4
	Muito satisfeito	64	44,4	54	40,9	118	42,8
	Extremamente satisfeito	47	32,6	35	26,5	82	29,7

Quadro 4 - Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação durante as sessões

Da análise da satisfação dos adolescentes durante as sessões, constatou-se que 98,9% responderam satisfeito, muito e extremamente satisfeito, sendo que a maior percentagem se situou no muito satisfeito.

9.2.2 – Variável simpatia e disponibilidade dos técnicos

A satisfação dos adolescentes em relação:		Sexo				Total da amostra	
		Feminino		Masculino			
		N	%	N	%	N	%
Simpatia e disponibilidade dos técnicos	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	0	0	1	0,8	1	0,4
	Satisfeito	6	4,2	12	9,1	18	6,5
	Muito satisfeito	38	26,4	51	38,6	89	32,2
	Extremamente satisfeito	100	69,4	68	51,5	168	60,9

Quadro 5 - Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante a simpatia e disponibilidade dos técnicos

Relativamente à simpatia e disponibilidade dos técnicos foi avaliada a satisfação dos adolescentes, tendo-se verificado que 93,1% responderam na posição muito satisfeitos e extremamente satisfeitos.

9.2.3 – Variável competência e profissionalismo dos técnicos

A satisfação dos adolescentes em relação:		Sexo				Total da amostra	
		Feminino		Masculino			
		N	%	N	%	N	%
Competência e profissionalismo dos técnicos	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	1	0,7	0	0	1	0,4
	Satisfeito	8	5,6	13	9,8	21	7,6
	Muito satisfeito	39	27,1	57	43,2	96	34,8
	Extremamente satisfeito	96	34,8	62	47	158	57,2

Quadro 6 - Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante a competência e profissionalismo dos técnicos

Quanto à competência e profissionalismo dos técnicos, 99,6% responderam nas posições satisfeito, muito e extremamente satisfeito, sendo que 57,2% são extremamente satisfeitos;

9.2.4 – Variável utilidade dos temas abordados

A satisfação dos adolescentes em relação:		Sexo				Total da amostra	
		Feminino		Masculino			
		N	%	N	%	N	%
Utilidade dos temas abordados	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	2	1,4	2	1,5	4	1,4
	Satisfeito	10	6,9	24	18,2	34	12,3
	Muito satisfeito	53	36,8	62	47	115	41,7
	Extremamente satisfeito	79	54,9	44	33,3	123	44,6

Quadro 7 - Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante a utilidade dos temas abordados

No que respeita à análise da satisfação dos adolescentes face à utilidade dos temas abordados, 98,6% responderam satisfeito, muito e extremamente satisfeito, sendo que 86,3% situam-se entre os muito e extremamente satisfeitos.

9.2.5 – Variável forma como os temas foram abordados

A satisfação dos adolescentes em relação:		Sexo				Total da amostra	
		Feminino		Masculino			
		N	%	N	%	N	%
Forma como os temas foram abordados	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	0	0	1	0,8	1	0,4
	Satisfeito	11	7,6	16	12,1	27	9,8
	Muito satisfeito	58	40,3	63	47,7	121	43,8
	Extremamente satisfeito	75	52,1	52	39,4	127	46

Quadro 8 - Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante a forma como os temas foram abordados.

Relativamente à análise da satisfação dos adolescentes face à forma como os temas foram abordados, 89,8% posicionaram-se no muito satisfeito e extremamente satisfeito.

9.2.6 – Variável esclarecimento de dúvidas

A satisfação dos adolescentes em relação:		Sexo				Total da amostra	
		Feminino		Masculino			
		N	%	N	%	N	%
Esclarecimento de dúvidas	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	1	0,7	2	1,5	3	1,1
	Satisfeito	17	11,8	22	16,7	39	14,1
	Muito satisfeito	37	25,7	54	40,9	91	33
	Extremamente satisfeito	89	61,8	54	40,9	143	51,8

Quadro 9 - Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante o esclarecimento de dúvidas

No que diz respeito ao esclarecimento de dúvidas, 98,9% responderam satisfeito, muito satisfeito e extremamente satisfeito, salientando-se que 51,8% responderam extremamente satisfeito.

9.2.7 – Variável a sessão correspondeu às tuas expetativas

A satisfação dos adolescentes em relação:		Sexo				Total da amostra	
		Feminino		Masculino			
		N	%	N	%	N	%
A sessão correspondeu às tuas expectativas	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	1	0,7	3	2,3	4	1,4
	Satisfeito	17	11,8	25	18,9	42	15,2
	Muito satisfeito	50	34,7	59	44,7	109	39,5
	Extremamente satisfeito	76	52,8	45	34,1	121	43,8

Quadro 10 - Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante as suas expetativas relativamente às sessões.

Da análise das expetativas dos adolescentes perante as sessões, podemos dizer que a sessão correspondeu à sua expectativa, pois 98,5% responderam satisfeito, muito e extremamente satisfeito, dos quais 83,3% muito satisfeito e extremamente satisfeito;

9.2.8 – Variável grau de satisfação em geral

A satisfação dos adolescentes em relação:		Sexo				Total da amostra	
		Feminino		Masculino			
		N	%	N	%	N	%
Grau de satisfação em geral	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	0	0	1	0,8	1	0,4
	Satisfeito	12	8,3	16	12,1	28	10,1
	Muito satisfeito	44	30,6	50	37,9	94	34,1
	Extremamente satisfeito	88	61,1	65	49,2	153	55,4

Quadro 11 - Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação em geral

Na análise da satisfação dos adolescentes perante as sessões, foi analisado o grau de satisfação em geral, verificando-se que 99,6% posicionaram-se em satisfeito, muito e extremamente satisfeito, sendo que 55,4% posicionou-se em extremamente satisfeito.

Através da análise dos questionários pode-se concluir que os indicadores de avaliação da execução foram atingidos, uma vez que todos os questionários foram respondidos e que a percentagem de alunos que responde na posição de satisfeito ou superior é sempre acima dos 90%, o que pode ser um bom indicador de continuidade para a realização destas sessões.

CAPITULO III

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA ÁREA DA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS NA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE

1 – ANÁLISE DO CONTEXTO

A Escola Superior de Saúde de Portalegre, teve o seu início como Escola de Enfermagem e foi inaugurada a 12 de Novembro de 1972, com o intuito de formação de Auxiliares de Enfermagem e, foi previsto para a frequência de 60 alunos de ambos os sexos, possuindo internamento para 40 alunos nas suas instalações. O edifício cuja área de implementação era inicialmente de 1062m², é constituído por três pavimentos com uma área de construção de 2475m².

Com a publicação da portaria n.º 232/71, iniciou a sua atividade com a formação de Auxiliares de Enfermagem. Em 1975 passa a lecionar o Curso Geral de Enfermagem.

A Portaria 821/89 reconverte a Escola de Enfermagem, em Escola Superior de Enfermagem de Portalegre. Com a publicação do Decreto-Lei 480/88 de 23 de Setembro o Ensino de Enfermagem é integrado no Sistema Educativo Nacional ao nível do Ensino Superior Politécnico, entrando-se no chamado período de transição que culminou, com a integração no Instituto Politécnico de Portalegre, no ano de 2001. Em 1990 passa a lecionar o Curso Superior de Enfermagem (CSE). Paralelamente, foi criado e lecionado na Escola em 1996, o Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem na Comunidade, com a opção em Saúde no Trabalho e a opção em Saúde do Idoso, o Ano Complementar de Formação em Enfermagem (1999-2003). Também em 1999 se dá início ao Curso de Licenciatura em Enfermagem e ao Curso de Complemento de Formação em Enfermagem que ainda se mantém. A portaria 508/2006, é criado o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, com a duração de três semestres letivos. O Despacho nº. 23087/2009, do Ministro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, autoriza o funcionamento do Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, Gestão de Serviços de Saúde e Saúde na família. O despacho 11908/2010, autoriza a Escola Superior de Saúde a ministrar pela primeira vez, fora da área de competência relacionada com a Enfermagem, a ministrar o Curso Superior de Higiene Oral.

A Escola Superior de Saúde de Portalegre é uma Instituição de Ensino Superior, cuja finalidade principal é conferir formação científica, humana técnica e cultural, para o exercício de atividades profissionais, altamente qualificados, no âmbito da saúde, bem como promover o desenvolvimento da região em que está inserida. Para a prossecução dos seus objetivos compete-lhe:

- Formar profissionais altamente qualificados, no âmbito da Enfermagem e Saúde Oral, com preparação nos aspetos cultural, científico, pedagógico e técnico;
- Incentivar a formação humana, cultural, científica, pedagógica e técnica de todos os seus membros;
- Fomentar a realização de atividades de pesquisa e investigação;
- Possibilitar uma estreita ligação entre a Escola e a comunidade, mormente no que respeita à prestação de serviços e ao intercâmbio entre a Escola, Instituições de Saúde, de Ensino e outras;
- Estimular o desenvolvimento de projetos de formação e de atualização dos profissionais de enfermagem e de higiene oral;
- Promover o intercâmbio cultural, científico e técnico com outras Instituições, quer públicas quer privadas, nacionais ou estrangeiras, que visem objetivos semelhantes, com vista a um mútuo enriquecimento.
- A sua conversão a Escola Superior de Saúde, vem no sentido de alargar a oferta aos novos alunos na área da saúde.

A população foi constituída por 317 adolescentes de ambos os sexos, do 9º ano e 12ºs anos, das diversas escolas do 3º ciclo e secundárias do Concelho de Portalegre, Escola Secundária Mouzinho da Silveira, Escola Secundária de São Lourenço, Escola 2+3 Cristovão Falcão e Escola 2+3 José Régio.

Esta atividade foi contemplada no nosso projeto de estágio de grupo e na sequência deste surge no nosso projeto de estágio individual.

2 – FIXAÇÃO DE OBJETIVOS

Objetivo geral:

- Facilitar escolhas de vida profissional através da promoção da imagem da Escola Superior de Saúde de Portalegre do conhecimento da oferta formativa nela existente junto dos alunos do 9º e 12º anos do concelho de Portalegre

Objetivos específicos:

- Informar os alunos sobre a missão da ESSP, até ao final de Abril de 2011;
- Informar os alunos sobre os cursos ministrados na ESSP, até ao final de Abril de 2011;
- Realizar atividades de promoção dos cursos ministrados na ESSP junto dos alunos, até ao final de Abril de 2011;
- Avaliar a satisfação dos alunos face às atividades desenvolvidas, até ao final de Junho de 2011.

3 – SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Foi estabelecido pelo grupo de trabalho definir a seguinte estratégia:

- Envolver o Diretor da ESSP, Professores coordenadores do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem – Especialização em Enfermagem Comunitária, os presidentes do conselho executivos das quatro escolas do concelho de Portalegre, nomeadamente Escola 2+3 Cristovão Falcão, Escola 2+3 José Régio, Escola Secundária de São Lourenço e Escola Secundária Mouzinho da Silveira;
- Fazer uma reunião de apresentação da escola aos diversos grupos de alunos e professores que os acompanhavam, pelo Diretor da Escola Superior de Saúde de Portalegre;
- Projeção de filmes sobre vários temas, higiene oral, estilos de vida saudáveis, suporte básico de vida para leigos;
- Divisão do grupo de trabalho, onde foram divididas as várias tarefas pelos vários elementos, tendo em atenção a morada de cada um, visto que havia elementos de várias cidades distantes de Portalegre, tendo ficado mais o trabalho de campo para os elementos que vivem em Portalegre;
- Planeamento das atividades, para que estas fossem atrativas para os jovens, e que sensibilizem os adolescentes para a adoção de estilos de vida saudáveis e que tomassem conhecimento de algumas atividades realizadas por Enfermeiros;
- Divisão do grupo pelos dias agendados para as sessões de educação para a saúde;
- Realização de sessões de educação para a saúde, visto a grande tónica da nossa intervenção ser colocada na promoção da saúde e a educação para a saúde ser uma estratégia da mesma, para tal optámos pela realização de sessões de educação para a saúde, sessões essas interativas. Uma sobre suporte básico de vida para leigos (anexo em formato CD), outra sobre estilos de vida saudáveis (anexo em formato CD), onde os alunos podiam avaliar o IMC e a tensão arterial e outra sobre higiene oral. Sendo que com as duas primeiras sessões pretende-se que os adolescentes fiquem a conhecer algumas das áreas de intervenção da enfermagem e com a terceira sessão pretende-se divulgar o curso de higiene oral;

- Realização de um circuito de visita à ESSP, enquanto os adolescentes passam de uma sessão para a seguinte, que mostre as instalações físicas da ESSP, principalmente as salas de práticas e a biblioteca, bem como os recursos que os alunos que a frequentam têm ao seu dispor, no sentido de promover a imagem da ESSP junto da comunidade estudantil do 3.º ciclo e do secundário da área de Ciências e Tecnologias;
- Convidar os órgãos de comunicação social, nomeadamente rádio, jornal e televisão, para uma maior promoção da imagem da Escola Superior de Saúde de Portalegre, através da divulgação destas atividades.

4 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Foram efetuadas diversas reuniões com os Presidentes do Conselho Executivo das várias escolas do Concelho de Portalegre que tinham alunos de 9º ano e 12º ano da área de Ciências e Tecnologia, nomeadamente a Escola Mouzinho da Silveira, Escola Secundária de São Lourenço, Escola 2+3 Cristovão Falcão e Escola 2+3 José Régio. Foi-lhe explicado qual o objetivo desta atividade e quais as atividades a desenvolver pelos alunos de mestrado, com as quais todos concordaram e decidiram enviar os respetivos alunos. Foram necessárias, com já referi várias reuniões para articulação com as atividades da escola e testes dos alunos, de modo a perturbarmos o menos possível o normal funcionamento das atividades letivas. Tendo ficado decidido que a nossa intervenção ficaria inserida na comemoração da “Semana da Ciência”,

Foram efetuados os mapas de intervenção (anexo 6), com a respetiva calendarização, distribuição das turmas pelos vários dias da atividade, tendo salvaguardado, que os grupos deveriam ser mistos sempre que possível e tivemos ainda em atenção à residência dos vários elementos, para uma melhor articulação e preparação dos temas a abordar.

Elaboramos o plano de sessão (anexo 7) do Workshop Suporte Básico de Vida, no qual está incluído a visualização de um pequeno filme (anexo em formato CD) realizado por nós de acordo com a temática. Foi ainda elaborado um Power point (anexo em formato CD) para melhor compreensão do tema.

Foi ainda elaborado um questionário de satisfação para os jovens.

Também aqui quisemos definir quais os recursos humanos e materiais a utilizar:

Recursos humanos

- Alunos do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária;
- Professores da ESSP responsáveis pelo Estágio;
- Direção da ESSP;
- Adolescentes do 9.º e 12.º ano da Área de Ciências e Tecnologia das escolas Escola 2+3 Cristóvão Falcão; Escola 2+3 José Régio; Escola Secundária Mouzinho da Silveira; Escola Secundária São Lourenço;

- Direção das escolas Escola 2+3 Cristóvão Falcão; Escola 2+3 José Régio; Escola Secundária Mouzinho da Silveira; Escola Secundária São Lourenço;
- Engenheiro Informático da ESSP.

Recursos materiais:

- Sala de conferências; sala de práticas de Enfermagem; sala de aula; laboratório de Higiene Oral;
- Computador e projetor multimédia nas salas acima mencionadas bem como no hall de entrada da ESSP;
- Reprografia da ESSP, para fotocopiar os questionários de avaliação;
- Panfletos sobre os cursos ministrados na ESSP e canetas da ESSP para distribuição aos adolescentes;
- Esfigmomanómetros e estetoscópios;
- Balança para avaliação do peso e altura, de modo a proceder-se ao cálculo do IMC;
- Cartazes sobre alimentação saudável, tabagismo, roda dos alimentos e IMC;
- Modelo anatómico para prática do Suporte Básico de Vida;
- Camisolas identificativas dos alunos do Curso de Mestrado.

5 – EXECUÇÃO

No dia em que estavam marcadas as atividades na ESSP, alunos de mestrados faziam a recepção dos alunos e professores que os acompanhavam, na visita à Escola e encaminhava-nos para a sala de conferência, onde o Diretor da ESSP, fazia um pequeno historial da Escola e apresentava os cursos lecionados.

O grupo de alunos eram divididos em 3 subgrupos, enquanto uns assistiam as sessões de educação para a saúde na Escola Superior de Saúde de Portalegre, mais propriamente 2 Workshops, que funcionavam em simultâneo, ao mesmo tempo ia decorrendo a visita à Escola Superior de Saúde com o outro subgrupo de alunos, até todos os subgrupos passarem pelos 2 Workshop e fazerem a visita à Escola.

Em dias diferentes tivemos a presença da RTP e da Local TV, as quais filmaram as atividades e fizeram entrevistas aos adolescentes e professores e Diretor da Escola.

No final dos 2 Workshops e da visita guiada à Escola Superior de Saúde de Portalegre, nomeadamente à sala de práticas da Higiene Oral, foram distribuídos questionários de avaliação da satisfação, aos quais os alunos responderam. (anexo 8)

6 – AVALIAÇÃO

Esta é a última etapa do processo do planeamento em saúde e com ela pretende-se planificar de modo mais eficaz e melhorar a atividade em curso (Tavares 1990).

É nesta fase que os indicadores definidos surgem como instrumentos de medida pois “é através deles que conhecemos a realidade e medimos os avanços alcançados.”(Imperatori & Giraldes ,1982:132).

Deste modo, foram atingidos os objetivos propostos no projeto de intervenção, como se pode constatar pela análise dos indicadores.

Indicadores de atividade/processo:

- Realização de uma reunião com o diretor das várias Escolas do concelho de Portalegre que tinham turmas de 9º ano e de 12º ano da área de ciências, nomeadamente Escola 2+3 Cristovão Falcão, Escola 2+3 José Régio, Escola Secundária de São Lourenço e Escola Secundária Mouzinho da Silveira para apresentar o projeto;
- Realização de uma reunião com o diretor das diversas escolas referidas anteriormente, para agendamento dos dias em que as turmas se iriam deslocar à Escola Superior de Saúde de Portalegre;
- Realização de duas sessões de educação para a saúde por grupo;
- Realização de uma visita guiada à Escola Superior de Saúde de Portalegre.

Indicadores de resultado da atividade:

- 100% de respostas aos questionários de satisfação aos adolescentes no final de cada sessão;
- 80% dos questionários preenchidos com grau de satisfação global de satisfeito ou superior.

Da análise dos indicadores de atividade/processo pode-se concluir que foram atingidos na sua globalidade, pois foram todos realizados, conforme pode ser verificado na etapa do planeamento da execução e execução das atividades.

A análise dos indicadores de resultado da atividade realizada através da análise dos questionários de satisfação aplicados aos alunos no final das sessões.

A análise estatística das perguntas foi realizada através do programa SPSS® versão 16.0 para Windows. Numeraram-se aleatoriamente os questionários, sendo os dados introduzidos de acordo com a sequência em que estavam no questionário.

Utilizou-se a estatística descritiva: frequência absoluta e percentagem.

Relativamente à questão aberta do questionário não se obtiveram comentários ou sugestões, pelo que não foi realizada análise de conteúdo da mesma.

Os dados serão apresentados em quadros, sendo realizada a sua descrição.

7 – ANÁLISE DE DADOS

7.1 – VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

7.1.1 – Idade e sexo dos adolescentes

Idade	Sexo				Total da amostra	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
14	47	14,8	34	10,7	81	25,6
15	43	13,6	42	13,2	85	26,8
16	14	4,4	7	2,2	21	6,6
17	37	11,7	33	10,4	70	22,1
18	26	8,2	20	6,3	46	14,5
19	2	0,6	5	1,6	7	2,2
20	1	0,3	4	1,3	5	1,6
21	1	0,3	0	0	1	0,3
22	0	0	1	0,3	1	0,3
Total	171	53.9	146	46.1	317	100

Quadro 12 – Distribuição dos adolescentes segundo a idade e o sexo

A idade de 15 anos é a frequente entre os alunos sendo 13,6% do sexo Feminino e 13,2% do sexo Masculino. Apenas um jovem (0,3%) tem 22 anos e uma Rapariga 21 anos (0,3%).

7.1.2 – Escolaridade e sexo dos adolescentes

Escolaridade	Sexo				Total da amostra	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
9.º Ano	107	33,8	90	28,4	197	62,1
12.º Ano	64	20,2	56	17,7	120	37,9
Total	171	53,9	146	46,1	317	100

Quadro 13 – Distribuição dos adolescentes segundo a escolaridade e o sexo

O Ano de escolaridade mais frequentado é o 9ºano (62,1%) sendo 33,8% do sexo Feminino e 28,4% do sexo Masculino.

7.1.3 – Estabelecimento de ensino e sexo dos adolescentes

Estabelecimento de Ensino	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
Escola Secundária Mouzinho da Silveira	60	18,9	49	15,5	109	34,4
Escola Secundária São Lourenço	43	13,6	35	11,0	78	24,6
Escola 2+3 Cristóvão Falcão	29	9,1	31	9,8	60	18,9
Escola 2+3 José Régio	39	12,3	31	9,8	70	22,1
Total	171	53,9	146	46,1	317	100

Quadro 14 – Distribuição dos adolescentes segundo o estabelecimento de ensino e sexo

O Estabelecimento de ensino mais frequentado pelos jovens que compõem a amostra é a Escola Secundária Mouzinho da Silveira com 34,4%, mas também foi a única escola que trouxe alunos do 9º e do 12º ano.

7.2 – AVALIAÇÃO DO GRAU DE SATISFAÇÃO

7.2.1 – Variável forma como te receberam neste espaço

A satisfação dos adolescentes em relação:		Sexo				Total da amostra	
		Feminino		Masculino			
		N	%	N	%	N	%
Forma como te receberam neste espaço	Insatisfeito	0	0	1	0,7	1	0,3
	Pouco satisfeito	0	0	0	0	0	0
	Satisfeito	5	2,9	13	8,9	18	5,7
	Muito satisfeito	76	44,4	70	47,9	146	46,1
	Extremamente satisfeito	90	52,6	62	42,5	152	47,9

Quadro 15 – Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante a forma como foram recebidos neste espaço

Em relação à variável forma como te receberam neste espaço, 47,9% dos adolescentes consideraram-se extremamente satisfeitos, 46,1% muito satisfeitos e só um aluno se mostrou insatisfeito (0,3%).

7.2.2 – Variável forma como te sentiste durante o tempo em que estiveste neste espaço

A satisfação dos adolescentes em relação:		Sexo				Total da amostra	
		Feminino		Masculino			
		N	%	N	%	N	%
Forma como te sentiste durante o tempo em que estiveste neste espaço	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	0	0	0	0	0	0
	Satisfeito	19	11,1	17	11,6	36	11,4
	Muito satisfeito	94	55	87	59,6	181	57,1
	Extremamente satisfeito	58	33,9	42	28,8	100	31,5

Quadro 16 – Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante a forma como se sentiram durante o tempo em que estiveram neste espaço

No que diz respeito à variável forma como te sentiste durante o tempo que estiveste neste espaço, 57,1% dos alunos respondeu muito satisfeito, 31,5% dos alunos responderam extremamente satisfeito. Não houve qualquer resposta de insatisfeito ou de pouco satisfeito.

7.2.3 – Variável simpatia e disponibilidade dos técnicos

A satisfação dos adolescentes em relação:		Sexo				Total da amostra	
		Feminino		Masculino			
		N	%	N	%	N	%
Simpatia e disponibilidade dos técnicos	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	0	0	1	0,7	1	0,3
	Satisfeito	8	4,7	11	7,5	19	6
	Muito satisfeito	47	27,5	47	32,2	94	29,7
	Extremamente satisfeito	116	67,8	87	59,6	203	64

Quadro 17 – Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante a simpatia e disponibilidade dos técnicos

Em relação à variável simpatia e disponibilidade dos técnicos, 64% dos inquiridos responderam extremamente satisfeitos, 29,7% responderam muito satisfeito. Apenas houve uma resposta de pouco satisfeito.

7.2.4 – Variável competência e profissionalismo dos técnicos

A satisfação dos adolescentes em relação:		Sexo				Total da amostra	
		Feminino		Masculino			
		N	%	N	%	N	%
Competência e profissionalismo dos técnicos	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	0	0	0	0	0	0
	Satisfeito	8	4,7	5	3,4	13	4,1
	Muito satisfeito	58	33,9	66	45,2	124	39,1
	Extremamente satisfeito	105	61,4	75	51,4	180	56,8

Quadro 18 – Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante a competência e profissionalismo dos técnicos

Na variável competência e profissionalismo dos técnicos, 56,8% dos adolescentes responderam extremamente satisfeitos. Não houve respostas de insatisfeito ou pouco satisfeito.

7.2.5 – Variável utilidade dos temas abordados

A satisfação dos adolescentes em relação:		Sexo				Total da amostra	
		Feminino		Masculino			
		N	%	N	%	N	%
Utilidade dos temas abordados	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	0	0	1	0,7	1	0,3
	Satisfeito	13	7,6	13	8,9	26	8,2
	Muito satisfeito	73	42,7	74	50,7	147	46,4
	Extremamente satisfeito	85	49,7	58	39,7	143	45,1

Quadro 19 – Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante a utilidade dos temas abordados

Relativamente à variável utilidade dos temas abordados, 46,4% dos questionados responderam muito satisfeito e 45,1% responderam extremamente satisfeitos. Apenas houve uma resposta de pouco satisfeito.

7.2.6 – Variável forma como os temas foram abordados

A satisfação dos adolescentes em relação:		Sexo				Total da amostra	
		Feminino		Masculino			
		N	%	N	%	N	%
Forma como os temas foram abordados	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	0	0	1	0,7	1	0,3
	Satisfeito	11	6,4	8	5,5	19	6
	Muito satisfeito	66	38,6	82	56,2	148	46,7
	Extremamente satisfeito	94	55	55	37,7	149	47

Quadro 20 – Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante a forma como os temas foram abordados

Na variável forma como os temas foram abordados, 47% dos adolescentes sentiram-se extremamente satisfeitos e 46,7% responderam muito satisfeito. Apenas houve uma resposta de pouco satisfeito.

7.2.7 – Variável esclarecimento de dúvidas

A satisfação dos adolescentes em relação:		Sexo				Total da amostra	
		Feminino		Masculino			
		N	%	N	%	N	%
Esclarecimento de dúvidas	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	0	0	1	0,7	1	0,3
	Satisfeito	12	7	15	10,3	27	8,5
	Muito satisfeito	57	33,3	63	43,2	120	37,9
	Extremamente satisfeito	102	59,6	67	45,9	169	53,3

Quadro 21 – Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante o esclarecimento de dúvidas

Na variável esclarecimento de dúvidas 53,3% dos adolescentes mostraram-se extremamente satisfeitos. Apenas houve uma resposta de pouco satisfeito.

7.2.8 – Variável a sessão correspondeu às tuas expectativas

A satisfação dos adolescentes em relação:		Sexo				Total da amostra	
		Feminino		Masculino			
		N	%	N	%	N	%
A sessão correspondeu às tuas expetativas?	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	2	1,2	0	0	2	0,6
	Satisfeito	14	8,2	15	10,3	29	9,1
	Muito satisfeito	74	43,3	80	54,8	154	48,6
	Extremamente satisfeito	81	47,4	51	34,9	132	41,6

Quadro 22 – Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação perante as expectativas criadas relativamente as sessões

Nesta variável a sessão correspondeu às tuas expectativas, 48,6% dos adolescentes responderam muito satisfeitos, enquanto 41,6% ficaram extremamente satisfeitos. Houve duas respostas de pouco satisfeito.

7.2.9 – Variável grau de satisfação geral

A satisfação dos adolescentes em relação:		Sexo				Total da amostra	
		Feminino		Masculino			
		N	%	N	%	N	%
Grau de satisfação em geral	Insatisfeito	0	0	0	0	0	0
	Pouco satisfeito	0	0	0	0	0	0
	Satisfeito	7	4,1	10	6,8	17	5,4
	Muito satisfeito	67	39,2	78	53,4	145	45,7
	Extremamente satisfeito	97	56,7	58	39,7	155	48,9

Quadro 23 – Distribuição dos adolescentes face à sua satisfação em geral

Na variável grau de satisfação geral, 48,9% dos adolescentes ficaram extremamente satisfeitos, enquanto 45,7% optaram por responder muito satisfeito. Não houve respostas de insatisfeito ou pouco satisfeito.

7.2.10 – Distribuição dos adolescentes segundo o ano de escolaridade perante a variável pretendes concorrer a esta Escola Superior quando terminares o 12º ano?

Pretendes concorrer a esta Escola Superior após terminares o 12.º Ano?	Ano de escolaridade				Total	
	9.º Ano		12.º Ano			
	N	%	N	%	N	%
Sim	28	8,8	28	8,8	56	17,7
Não	169	53,3	92	29,0	261	82,3
Total	197	62.1	120	37.9	317	100

Quadro 24 – Distribuição dos adolescentes segundo o ano de escolaridade perante a variável pretendes concorrer a esta escola superior após terminares o 12.º ano

Relativamente à variável pretendes concorrer à Escola Superior de Saúde de Portalegre após terminares o 12º Ano, 82,3% dos adolescentes afirmaram que não vão concorrer a esta escola, enquanto 17,7% dos adolescentes respondem afirmativamente.

7.2.11 – Distribuição dos adolescentes segundo o sexo perante a variável recomendarias esta Escola Superior aos teus amigos?

Recomendarias esta Escola Superior aos teus amigos?	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
Sim	163	51,4	142	44,8	305	96,2
Não	8	2,5	4	1,3	12	3,8
Total	171	53.9	146	46.1	317	100

Quadro 25 – Distribuição dos adolescentes segundo o sexo perante a variável recomendarias esta escola superior aos teus amigos

Relativamente à variável recomendarias esta Escola Superior aos teus amigos? 96,2% dos adolescentes responderam positivamente, sendo 51,4 do sexo feminino e 44,8 do sexo masculino, enquanto 3,8% responderam negativamente.

7.2.12 – Distribuição dos adolescentes segundo o ano de escolaridade perante a variável recomendarias esta Escola Superior aos teus amigos?

Recomendarias esta Escola Superior aos teus amigos?	Ano de escolaridade				Ano de escolaridade	
	9.º Ano		12.º Ano		N	%
	N	%	N	%		
Sim	187	59,0	118	37,2	305	96,2
Não	10	3,2	2	0,6	12	3,8
Total	197	62,1	120	37,9	317	100

Quadro 26 – Distribuição dos adolescentes segundo o ano de escolaridade perante a variável recomendarias esta escola superior aos teus amigos

Uma grande percentagem dos adolescentes de 9º ano, 59% recomendaria a Escola Superior de Saúde de Portalegre a amigos, e 37,2% dos adolescentes de 12º ano, recomendariam a escola a amigos. Apenas 3,8% dos adolescentes não recomendariam a escola.

CAPÍTULO IV

1 – ANÁLISE CRÍTICA DOS DADOS

Apontamos algumas limitações ao estudo, nomeadamente aquando da aplicação do questionário ao qual responderam 264 alunos. O cariz do tema abordado pode gerar algumas dificuldades de expressão de opinião por parte dos adolescentes, pois é um assunto que interfere com crenças e valores morais individuais. Apesar de ter sido garantido o anonimato e confidencialidade das respostas, o facto de este ter sido preenchido em sala de aula em tempo letivo, durante o qual o aluno estava sentado na mesma mesa de trabalho do colega, foi impossível de evitar os comentários em algumas das turmas o que poderá ter perturbado o preenchimento de alguns questionários, assim como os questionários serem aplicados por pessoas conhecidas ou amigas dos pais, o que pode levar os alunos a responderem de maneira menos própria.

Temos dois exemplos que passamos a descrever:

Dos 264 alunos que responderam ao questionário, só 238 estiveram presentes nas sessões de Educação para a Saúde, ou seja faltaram 26 alunos o que corresponde a 9.85% dos questionários respondidos;

Como o segundo exemplo temos a turma do CEF, em que os comentários surgiram desde o início até ao fim do preenchimento do questionário e onde verificamos aquando da aplicação do mesmo, em que houve alunos que responderam sem ler as perguntas. Foi sugerido ao grupo a anulação destes questionários, o qual não foi aceite. Na nossa opinião deveria ser aplicado nesta turma um questionário mais específico.

Mas apesar destas e outras limitações que vamos passar a descrever na conclusão do relatório, verificamos que, após analisarmos os resultados obtidos e em comparação com outros estudos realizados nomeadamente (Martins, M.F., 2007), sobre a mesma temática, os resultados convergem, o que conferiu validade aos resultados deste estudo.

Para Soares, “uma forma de comunicarmos o nosso desempenho de forma livre, descritiva, crítica e construtiva. (...) é também um momento de análise retrospectiva e de reflexão do trabalho realizado (...) o qual nos conduz inevitavelmente ao

estabelecimento de novas propostas, novas metas de trabalho, para uma melhoria da satisfação e realização profissionais" (Soares *et al*, 1997: 37).

Da análise dos questionários a que os adolescentes responderam no final de cada sessão de educação para a saúde sexualidade, podemos concluir que:

No total de 276 adolescentes que assistiram as sessões de educação para saúde, 65 são do 8º ano (23,6%), 64 são do 9º (23,2%) e 73 são do 10º ano e CEF(53,3%).

131 adolescentes são do sexo masculino e 145 adolescentes do sexo feminino.

As idades dos adolescentes variavam entre os 13 e os 22 anos, sendo que a grande maioria, se situava na faixa dos 15 anos (30,1%).

Após cada sessão de educação para a saúde, os adolescentes sentiram-se satisfeitos com o tipo de intervenção, sendo que, 200 alunos manifestaram no questionário sentirem-se extremamente ou muito satisfeitos, o que corresponde a (72,4%).

Em relação aos temas abordados, os adolescentes também consideraram que os temas terão sido os adequados, pois 238 responderam que estavam extremamente ou muito satisfeitos, com os temas abordados, o que corresponde a (86,2%).

Analisando as nossas intervenções, poderemos concluir, que decorreu com muito profissionalismo, indo ao encontro das expectativas dos jovens, pois à questão "forma como os temas foram abordados", 248 adolescentes responderam que ficaram extremamente satisfeitos ou muito satisfeitos o que corresponde a (89,8%).

No que refere às expectativas dos adolescentes, também aqui poderemos concluir que estes ficaram satisfeitos, pois 230 adolescentes responderam que ficaram extremamente satisfeitos ou muito satisfeitos o que corresponde a (83,3%).

De uma forma geral as ações correram muito bem, com grande colaboração e participação dos jovens, merecendo toda a sua atenção e interesse. Assim, 247 adolescentes responderam que ficaram extremamente satisfeitos ou muito satisfeitos o que corresponde a (89,5%), quando responderam à questão "grau de satisfação geral".

No que se refere a dificuldades encontradas, na realização deste tipo de ação, poderemos mencionar que, a nossa falta de prática, no que diz respeito à interação direta com os jovens em sala de aula, poderá ter sido elemento inibidor. Mas mesmo assim e em relação aos resultados obtidos nas respostas aos questionários de satisfação, estes demonstraram que apesar da nossa falta de experiência neste tipo de intervenção o resultado final foi ao encontro daquilo que era esperado pelos adolescentes, pois uma grande maioria ficou muito satisfeito ou extremamente satisfeito.

Relativamente à análise dos questionários a que os adolescentes responderam no final dos 2 workshops e da visita à Escola Superior de Saúde podemos concluir que:

Dos 317 adolescentes que visitaram a Escola Superior de Saúde de Portalegre, 171 eram do sexo feminino e 146 do sexo masculino, o que corresponde a 53,9% e 46,1% respetivamente;

As idades dos adolescentes estavam compreendidas entre os 14 e os 22 anos, sendo que o maior número se situava na faixa dos 15 anos, com 85 adolescentes, correspondendo a 26,8%, existindo dois adolescentes, um com 22 e outro com 21 anos, correspondendo a 0,3% cada;

O ano escolar mais participativo foi o 9º ano, com 197 adolescentes, correspondendo a 62,1% dos jovens;

A escola participou com maior número de adolescentes foi a Escola Secundária Mouzinho da Silveira, com 34,4% do total;

Os jovens consideraram que foram bem recebidos, na Escola Superior de Saúde de Portalegre, uma vez que 298 adolescentes (88,6%), responderam extremamente ou muito satisfeitos, não existindo respostas de pouco satisfeitos ou insatisfeitos;

Quanto à simpatia e disponibilidade dos técnicos, o resultado poderá ser considerado muito positivo, pois 297 adolescentes (93,7%), responderam estar extremamente ou muito satisfeitos;

No que diz respeito à competência e profissionalismo dos técnicos, 304 adolescentes (95,9%), afirmaram estar extremamente ou muito satisfeitos;

Os temas abordados, também parecem ter ido ao encontro das expectativas dos adolescentes, pois 290 (91,5%), afirmaram estar extremamente ou muito satisfeitos;

Na forma como os temas foram abordados, 297 adolescentes (93,6%), classificaram de extremamente ou muito satisfeitos;

Na parte das expectativas, 286 adolescentes (90,2%), consideraram-se extremamente ou muito satisfeitos;

No que diz respeito ao grau de satisfação geral, 300 adolescentes, (94,6%), sentiram-se extremamente ou muito satisfeitos;

Na área da avaliação, sobre se os adolescentes pretendiam concorrer de futuro à Escola Superior de Saúde de Portalegre, os resultados não foram tão positivos, mas

ainda assim 56 adolescentes, o que corresponde a 17,7%, colocam como possível essa candidatura;

Pensamos, que a mensagem de promoção da ESSP passou, pois 305 adolescentes, o que corresponde a 96,2%, vão recomendar a escola aos amigos.

Atendendo aos objetivos por nós propostos, pensamos que, para além de passarmos a informação relacionada com os comportamentos saudáveis nos estilos de vida dos adolescentes, conseguimos também passar a informação do profissionalismo demonstrado pelos enfermeiros e professores envolvidos, uma imagem reveladora de organização e competência e ainda, a promoção de marca da escola, como imagem de qualidade e de estrutura capaz de desenvolver a sua atividade de forma eficaz, dirigida para a população do distrito de Portalegre. Esta intervenção teve ainda um impacto maior, pois duas estações televisivas deslocaram-se à Escola Superior de Saúde de Portalegre, nomeadamente a RTP e a Local TV (anexo em formato CD), acompanharam as atividades, fizeram entrevistas, não só com os adolescentes que visitaram a Escola, como o Diretor da ESSP, com a Professora Coordenadora do Curso de Mestrado – Especialização em Enfermagem Comunitária e ainda com alunos do Mestrado.

Nesta área, porque dominamos bem os temas e devido ao excelente relacionamento e profissionalismo do grupo, não sentimos qualquer tipo de dificuldade relacionada com a organização e o por em prática destas ações, como também ficaram demonstrados nos resultados dos questionários de satisfação respondidos pelos adolescentes que visitaram a Escola Superior de Saúde de Portalegre, pois uma grande maioria ficou muito satisfeito ou extremamente satisfeito

Quanto ao modelo de promoção da saúde utilizado, a Teoria Sócio-Cognitiva de Bandura, pareceu-nos ser o mais adaptado às sessões de Educação para a Saúde realizadas, pois pretendia-mos com elas contribuir para a mudança de comportamentos dos adolescentes relativamente aos estilos de vida saudáveis, nomeadamente em relação à sexualidade. Tal como defende esta teoria, o comportamento é influenciado por fatores pessoais, ambientais e pelo próprio comportamento, para além disso, tem como princípio que as pessoas aprendem, não só através das suas próprias experiências, mas também observando as ações dos outros e os resultados dessas ações, pelo que, tendo isto sempre em mente bem como os principais conceitos desta teoria, procurámos proporcionar aos adolescentes a aquisição de conhecimentos sobre os estilos de vida saudáveis e de uma sexualidade saudável, e a forma de os colocar em prática, capacitando os adolescentes para tal; de lhes criar expectativas positivas aquando da adoção de

comportamentos saudáveis; de encorajar os adolescentes de modo a que eles sintam confiança neles próprios relativamente à capacidade de adoção desses comportamentos (autoeficácia); e que eles percebessem que a melhor recompensa que podem ter pela adoção de comportamentos saudáveis é possuírem um bom estado de saúde e conseguirem ser felizes.

2 – CONCLUSÃO

O presente relatório comporta algumas limitações, pelo que se torna difícil na avaliação dos resultados tirar algumas conclusões. Relativamente aos aspetos metodológicos convém referir o tipo de amostra e os instrumentos de colheita de dados utilizados. Entre as limitações devemos considerar, serem estudantes apenas do concelho de Portalegre e de uma única escola, assim a generalização a populações similares, deve ser feita com algum cuidado.

Outra das limitações ao estudo foi no caso da análise aos questionários de satisfação, ou seja foram todos analisados em conjunto e em nossa opinião estes deveriam ser analisados consoante as sessões de educação para a saúde fossem realizadas. Foi ainda o caso das sessões de educação para a saúde que foram realizadas a 38 alunos do 10º ano da Escola Secundária de São Lourenço, os quais não entraram no diagnóstico de situação, mas mesmo assim foram efetuadas as sessões, sem conhecer profundamente as suas necessidades, apenas tivemos contacto com os alunos no dia das sessões de educação para a saúde, o contacto foi feito sempre com o Professor responsável pela educação para a saúde e educação sexual daquelas turmas. E mais ainda os questionários de satisfação foram analisados em conjunto com os respondidos na outra escola, o que veio baralhar um pouco os resultados.

Futuramente esta situação deveria ser tida em conta uma vez que no final das sessões ficamos um pouco sem saber se a nossa intervenção foi considerada pelos alunos satisfatória ou não, embora no geral foram consideradas muito e extremamente satisfatórias.

Os resultados agora apresentados e as conclusões deverão servir de ponto de partida para novos estudos, tendo por base o envolvimento dos profissionais de saúde em projetos educativos de orientação sexual, seja no seu local de trabalho ou fora dele, através de parcerias com escolas e comunidade.

Apesar de todo o conhecimento científico sobre sexualidade, da evolução que se tem verificado nas mentalidades e das adaptações legislativas, as questões relativas ao desenvolvimento saudável que se prendem com a sexualidade dos adolescentes continuam, a ser insuficientemente abordados. Reforçamos assim a existência de programas de educação para a sexualidade e para os afetos que contribuam para que

os adolescentes tenham uma vivência mais informada, mais gratificante e mais autónoma, ou seja, mais responsável na área da sexualidade, apresentando-se, por isso, como necessário e fundamental.

Sugerimos assim a construção de um Projeto Educativo, tendo por base uma conceção crítica e reflexiva, com vista à introdução de boas práticas, comprometido com uma educação mais liberal, favorecendo atitudes responsáveis e efetivas na construção de uma identidade consciente e autónoma, à luz da qualidade de vida, preparando os adolescentes para a vida e a cidadania.

Assim sendo, ajudar os adolescentes e os jovens a evitar a gravidez não desejada e as infeções sexualmente transmissíveis (IST), exige atividades educacionais especiais que promovam atitudes responsáveis e um comportamento sexual mais saudável, um maior acesso a serviços de saúde reprodutiva acolhedores para jovens, formação e preparação para a vida ativa e ação destinada a promover os direitos reprodutivos dos adolescentes.

“as primordiais causas de morbilidade e mortalidade na adolescência não são as doenças, mas comportamentos de risco que prejudicam a saúde (...), doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. A promoção de saúde para os jovens consiste em ensino e orientação para ... evitar comportamentos prejudiciais à saúde” (Conselho de Enfermagem, 2009: 2).

Deste modo, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem nesta área um importante trabalho a realizar, uma vez que este é um profissional que apresenta um perfil de competências, capaz de dar resposta a este tipo de necessidades do adolescente, tal como é afirmado pelo Conselho de Enfermagem no parecer ao projeto de lei nº 634/X – 4ª, que estabelece o regime de aplicação da educação sexual nas escolas (Conselho de Enfermagem, 2009).

Tem um papel importantíssimo na educação para a saúde, pois são populações bastante sensíveis e vulneráveis e onde o trabalho do Enfermeiro é facilmente reconhecido pelos jovens.

Ao longo deste relatório foi utilizada a metodologia do planeamento em saúde, onde após a elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade escolar, estabelecemos as prioridades em saúde de uma comunidade, neste caso uma comunidade escolar, formulámos os objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas, estabelecemos um projeto de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados e procedemos à avaliação das atividades desenvolvidas. Assim conseguimos alcançar a competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária G1 – Estabelece, com base na

metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.

Pudemos verificar que nas duas intervenções contribuímos para a capacitação de um grupo, ao concebermos um projeto de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde, tendo em conta o diagnóstico realizado; ao implementarmos esse projeto de intervenção mobilizando e integrando conhecimentos de diferentes disciplinas, como a enfermagem, a educação, a comunicação e as ciências sociais e humanas; ao utilizarmos a Teoria sócio-cognitiva de Bandura como modelo conceptual no âmbito da promoção e da educação para a saúde nas atividades realizadas; e ao gerirmos a informação a disponibilizar nas sessões de educação para a saúde de acordo com as características dos adolescentes alvo, o que contribuiu para atingir a competência específica G2 – Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projetos de saúde coletivos.

O planeamento das atividades a desenvolver, em ambas as intervenções, foi efetuado não só de acordo com o diagnóstico de situação, mas também com os objetivos estratégicos do PNS 2004-2010, e ainda com o preconizado no Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde relacionados com os Estilos de Vida e no Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, só desta forma consegui-mos contribuir para a obtenção de ganhos em saúde. Assim, atingimos a competência específica G3 – Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

Conscientes da importância da vigilância epidemiológica, como instrumento para a análise, compreensão e explicação dos fenómenos saúde-doença, cooperámos na vigilância epidemiológica dos grupos abrangidos pelas nossas intervenções ao identificarmos fatores de risco relacionados com os estilos de vida, tendo assim atingido a competência G4 – Realiza e coopera na vigilância epidemiológica no âmbito geodemográfico.

BIBLIOGRAFIA

Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto Editora.

Almeida, J. (1987). *Adolescência e maternidade*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Avante Nº 1368 (2000). *Planeamento familiar baixa taxa de gravidez em adolescentes e número de abortos*. 17 de Fevereiro. Acedido a 4 de Dezembro de 2010 em <http://www.pcp.pt/avante/1368/6803b1.html>

Azevedo, M. (2008). *Educação Sexual e atitudes face a sexualidade em adolescentes a saída do ensino secundário*. Tese de Mestrado em Ciências da Educação da Universidade da Beira Interior.

Bandura, A.; Walters, R.H. (1963). *Social learning and personality development*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Bandura, A.; Blanchard, E.B.; Ritter, B. (1969). *Relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective, and attitudinal changes*. *Journal of Personality and Social Psychology*, v.13, p.173-199.

Bandura, A. (1975). *Modificación de conducta – analisis de agresión y la delincuencia*. México: Editorial Trillas.

Bandura, A.; Cervone, D. (1986). Differential engagement of self-reactive influences in cognitive motivation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, v.38, p.92-113.

Bandura, A.; Caprara, G.V.; Zsolnai, L. (2002). Corporate transgressions. In: ZSOLNAI, L. (Ed.). *Ethics in the economy: handbook of business ethics*. Oxford: Peter Lang, p.151-164.

Bandura, A. (2005). *The evolution of social cognitive theory*. In: Smith, K.G.; Hitt, M.A. Great minds in management. Oxford University Press, p. 9-35.

Bouça, D. (2004). *Memórias da Adolescência*. Porto: Ambar.

Carvalho, A.; Diogo, F. (2001). *Projecto Educativo* (4ª edição). Porto: Edições Afrontamento.

Conferência Episcopal Portuguesa [CEP] (2005). Sobre a Educação da Sexualidade. (nota episcopal). *Portugal Diário*. Acedido a 27 de Junho em <http://www.apfn.com.pt/Noticias/Jun2005/270605c.htm>

Conselho de Enfermagem (2009), *Parecer 109/2009; Sobre projecto de lei nº634/X-4ª Estabelece o regime de aplicação da educação sexual nas escolas*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 10 de Fevereiro em http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer_CE-109-2009.pdf

Cordeiro, J. (1988). *Os Adolescentes Por Dentro*. Lisboa: Salamandra.

Cordeiro, M. (1997). *Adolescentes e adolescência dos 10 aos 15 anos*. Lisboa: Quatro Margens Editora.

Costa, M.; Magno, V. (2002). *Educação sexual nas escolas de ensino fundamental e médio: realidade ou utopia?* Trabalho de Conclusão do Curso de Licenciatura em Pedagogia. Universidade da Amazônia. Acedido em 28 de Novembro de 2011 em http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/monografias/educacao_sexual_nas_escolas.pdf

Dias, A. et al (2002). *Educação da Sexualidade no dia-a-dia da prática educativa*. Braga: Casa do Professor.

Direcção-Geral da Saúde [DGS] (2005). *Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes Saúde dos jovens em Portugal elementos de caracterização*. Lisboa.

Direcção-Geral da Saúde [DGS] (2008). *Saúde Reprodutiva: Planeamento Familiar*. Lisboa: DGS. Acedido em 20 de Novembro de 2010 em <http://www.planeamentofamiliar.com/metodos-contraceptivos/>

Dolto, F.; Dolto-Tolitch, C. (1991). *Palavra para adolescentes: ou o complexo da lagosta*. Venda Nova: Bertrand.

Escola Secundária Mouzinho da Silveira [ESMS] (2006). *História*. Acedido a 4 de Fevereiro de 2011 em <http://www.esms.pt/hitoria.htm>

Fonseca, H.(2002). *Compreender os Adolescentes. Um desafio para pais e educadores*. Barcarena: Editorial Presença.

Fortin, M. (2000). *O Processo de Investigação – Da Concepção à Realização* (2ª edição). Loures: Lusociência.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Foucault, M. (1999). *História da sexualidade: Uso dos prazeres* (8.ª edição, Vol. II). Rio de Janeiro: Edições Graal, Lda.

Frade, Alice et al (2003). *Educação Sexual na Escola – Guia para Professores, Formadores e Educadores*. Lisboa: Texto Editora.

Helouani, W. (2008). *E o que é Educação?* Acedido em 14 de Dezembro de 2010 em <http://educar.wordpress.com/2009/08/06/sexo-no-verao-lei-602009/>

Imperatori, E.; Giraldes, M. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Obras Avulsas.

Imperatori, E.; Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3ª edição). Lisboa: Edições de Saúde.

- Lobato, C. (2004). *Perspetivar as necessidades dos adolescentes em Educação Sexual*. Monografia desenvolvida no âmbito do Curso Superior de Licenciatura em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Portalegre.
- Lopes, G. (1993). *Sexualidade Humana*. (2ª edição). Rio de Janeiro: Ed. Medsi.
- López, F.; Fuertes, A. (1999). *Para Compreender a Sexualidade*. Associação para o Planeamento da Família, Lisboa.
- Martins, M.F. (2007). *Familia y educación de los adolescentes: análisis y valoración de las familias de un distrito del Norte Alentejano ante su papel y el de las otras fuentes de educación. Contribución para el conocimiento y base de futuras intervenciones en esta comunidad*. Tese de doutoramento, Universidade da Extremadura (Departamento de Enfermería), Cáceres.
- Martins, M. (2007). *Educación sexual en los adolescentes de un distrito del Norte Alentejano: análisis y valoración de fuentes. Contribución para el conocimiento y base de futuras intervenciones en esta comunidad*. Tese de doutoramento, Universidade da Extremadura (Departamento de Enfermería), Cáceres.
- Ministério da Educação, Ministério da Saúde, APF (2000). *Educação Sexual em Meio Escolar - Linhas Orientadoras*. Lisboa: Editorial do Ministério da Educação.
- Ministério da Educação (2000). *Decreto-Lei n.º 259/2000*. “Diário da República”, Lisboa, I série A (240), 17 Outubro, pp.5784-5786.
- Monteiro, D. (2008). *O serviço Público de Radiodifusão – O caso da Antena 3*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Acedido a 6 de Junho de 2010 em <http://www.scribd.com/doc/24221844/Servico-Publico-Radiodifusao-em-Portugal-o-caso-da-Antena-3.html>
- Ordem Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Acedido a 10 de Março de 2011 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regula>

mentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica aprovadoAG 20Nov2010.pdf

Pereira, M.; Freitas, F. (2001). *Educação Sexual – Contextos de Sexualidade e Adolescência*. Lisboa: Edições Asa.

Piscalhoo, I., Serafimo, L.; Leal, O. (2000) *Representação social da educação em adolescentes*. Lisboa ISPA: Acta do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde.

Saito, M.; Silva, L. (2001). *A adolescência, prevenção e risco*. São Paulo: Atheneu.

Sampaio, D. (1993). *Vozes e Ruídos – Diálogo com Adolescentes* (5.ª edição). Lisboa: Editorial Caminho.

Sampaio, D. (1994). - *Inventem-se Novos Pais*. 7ª Edição. Lisboa: Editorial Caminho.

Sampaio, D. (1997). *Ninguém Morre Sozinho – O Adolescente e o Suicídio*. 7.ª edição. Lisboa: Editorial Caminho.

Sampaio, D. (1998). *Inventem-se Novos Pais* (10ª edição). Lisboa: Editorial Caminho.

Sampaio, D. (2006). *Lavar o mar – Um novo olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos*. Lisboa: Editorial Caminho.

Santos, M. (2008). *Educação Sexual na escola e a sexualidade no adolescente*. Universidade técnica de Lisboa - Faculdade de Motricidade Humana.

Sprinthall, N. A. e Collins, W. A. (1999). *Psicologia do adolescente: Uma abordagem desenvolvimentista* (2ª edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Sprinthall, N. A. e Collins, W. A. (2003). *Psicologia do adolescente: Uma Abordagem Desenvolvimentista* (3ª edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Stanhope, M. e Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (4ª edição). Lusociência. Loures.

Strasburguer, V. (1999). *Os Adolescentes e os Mídia*. Porto Alegre: Artmed.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde: Cadernos de Formação nº 2*, Lisboa.

Vilar, D. (2002). *Falar Disso: A educação sexual nas famílias dos adolescentes*. Lisboa: Edições Afrontamento

Vilar, D. (2003). Questões atuais sobre a Educação Sexual num contexto de mudança. In Fonseca, L.; Soares, C.; Vaz, J. (org.), *A Sexologia - Perspetiva Multidisciplinar II* (pp. 155-191). Coimbra. Quarteto Editora.

Vilar, D. (2005). *A Educação Sexual faz sentido no atual contexto de mudança? Educação Sexual em Rede, n.º1*. Acedido em 20 de Novembro de 2010 em http://apf.pt/cms/file/conteudos/revista_esr_1.pdf.htm

Vitoriano (2003). *Perspetivar o Contributo dos Pais na Educação Sexual*. Portalegre. Escola Superior de Enfermagem de Portalegre.

Werebe, M. (1998). *Sexualidade, Política e Educação*. Brasil: Campinas.

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário Diagnóstico da Situação para os jovens do 8º e 9ºs anos

QUESTIONÁRIO PARA OS JOVENS de 8º e 9º anos

Turma_____ Data____/____/____ Idade_____ Sexo_____

Situação conjugal dos teus pais_____ Com quem
vives_____

Religião _____ Praticante _____

Se tens uma religião, como encaras as Normas Doutrinárias da mesma (responde sim ou não)

Sigo fielmente as normas _____ Existem normas com as quais não me identifico_____

COM QUEM COSTUMAS CONVERSAR SOBRE SEXUALIDADE? PORQUÊ?

SENTES DIFICULDADE EM CONVERSAR COM OS TEUS PAIS? SIM ☐ NÃO ☐
☐ SE SIM PORQUÊ?_____

TENS UM AMIGO/A COM TENDÊNCIAS HOMOSSEXUAIS SIM ☐ NÃO ☐

PREOCUPA-TE A SIDA SIM ☐ NÃO ☐

ANDAS PREOCUPADO COM A IMAGEM CORPORAL SIM ☐ NÃO ☐

REFERE COM QUEM PREFERES ABORDAR E ESCLARECER-TE SOBRE TODOS
ESTES ASSUNTOS (ASSINALA COM X, PODES ESCOLHER MAIS DO QUE UM
DOS ITENS)

Pai	
Mãe	
Outro familiar	
Amigos	

Colegas da Escola	
Professores	
Padre	
Internet	
Livros	
Revistas	
Televisão	

Qual a frequência com que falas com a tua mãe e/ou com o teu pai sobre:

1 – Nunca 2 – Pelo menos duas vezes 3 - Frequentemente (atribua um dos valores a cada item)

	MÃE	PAI
Gravidez		
Preservativo		
Relações sexuais entre jovens		
Vida sexual dos adultos		
Sonhos molhados		
Pornografia		
Mudanças corporais na adolescência		
Aborto		
Namoro		
Homossexualidade		
Período menstrual		
Sida		
Outras doenças sexualmente transmitidas		
Pílula		
Masturbação		
Crimes sexuais		

CONSIDERAS-TE BEM INFORMADO SOBRE OS ASSUNTOS RELACIONADOS
SOBRE A SEXUALIDADE? PORQUÊ?

COMO CONSIDERAS QUE TEM SIDO O PAPEL DOS TEUS PAIS NA TUA
EDUCAÇÃO SEXUAL? (ASSINALA COM X)

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

COMO CONSIDERAS QUE TEM SIDO O PAPEL DOS TEUS AMIGOS NA TUA
EDUCAÇÃO SEXUAL?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

COMO CONSIDERAS QUE TEM SIDO O PAPEL DA ESCOLA NA TUA EDUCAÇÃO
SEXUAL?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

COMO CONSIDERAS QUE TEM SIDO O PAPEL DA IGREJA NA TUA EDUCAÇÃO
SEXUAL?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

COMO CONSIDERAS QUE TEM SIDO O PAPEL DA TELEVISÃO NA TUA
EDUCAÇÃO SEXUAL?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

COMO CONSIDERAS QUE TEM SIDO O PAPEL DA INTERNET NA TUA
EDUCAÇÃO SEXUAL?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

COMO CONSIDERAS QUE TEM SIDO O PAPEL DOS LIVROS CIENTÍFICOS NA
TUA EDUCAÇÃO SEXUAL?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

COMO CONSIDERAS QUE TEM SIDO O PAPEL DA IMPRENSA ESCRITA NA TUA
EDUCAÇÃO SEXUAL?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

Assinala (com X na quadrícula) a tua opinião em relação a cada uma das seguintes frases:

- 1 - discordo totalmente 2 - discordo bastante 3 - Não tenho posição definida
4 - concordo bastante 5 - concordo totalmente

1. As praias de nudistas deveriam ser totalmente proibidas

1	2	3	4	5

2. O aborto deve ser acessível sempre que uma mulher sinta que essa é a sua melhor decisão

1	2	3	4	5

3. A informação e orientação sobre contraceção deveriam ser dados a todas as pessoas que desejam ter relações sexuais.

1	2	3	4	5

4. Os pais deveriam ser informados se os seus filhos menores de 18 anos forem a uma consulta para pedir métodos contraceptivos.

1	2	3	4	5

5. O governo deveria fazer mais para evitar a distribuição de materiais pornográficos

1	2	3	4	5

6. A prostituição deveria ser legalizada

1	2	3	4	5

7. Abraçar ou beijar alguém do sexo oposto faz parte natural da experiência do crescimento dos jovens.

1	2	3	4	5

8. As carícias excitantes em qualquer parte do corpo só deveriam ser permitidas às pessoas casadas.

1	2	3	4	5

9. As relações sexuais dos jovens são um facto para mim, inadmissível.

1	2	3	4	5

10. As relações sexuais entre jovens solteiros são admissíveis, mesmo que não haja afeto, se as pessoas envolvidas estiverem de acordo.

1	2	3	4	5

11. O comportamento homossexual é uma variação aceitável das preferências sexuais das pessoas.

1	2	3	4	5

12. Uma pessoa que apanhe uma doença de transmissão sexual, está a ter exatamente o que merece.

1	2	3	4	5

13. O comportamento sexual das pessoas é uma matéria que só a elas diz respeito e ninguém deve fazer juízos morais sobre isso.

1	2	3	4	5

14. As relações sexuais deveriam somente ter lugar entre pessoas casadas uma com a outra.

1	2	3	4	5

15. A masturbação é um comportamento admissível na adolescência.

1	2	3	4	5

16. Homens e mulheres devem ter os mesmos direitos e liberdades na sua vida sexual.

1	2	3	4	5

17. A educação sexual nas escolas é uma coisa útil para os jovens.

1	2	3	4	5

18. A iniciativa sexual deve caber mais aos homens do que às mulheres

1	2	3	4	5

19. A educação sexual na escola pode despertar nos jovens comportamentos sexuais mais precoces.

1	2	3	4	5

20. A virgindade nas raparigas é ainda um valor a preservar.

1	2	3	4	5

21. Está provado que a masturbação faz mal à saúde.

1	2	3	4	5

22. É à família e não à escola, a quem compete a educação sexual dos filhos.

1	2	3	4	5

Muito obrigado pela tua colaboração

Anexo 2 – Questionário Diagnóstico da Situação para os jovens do 10º ano e CEF

QUESTIONÁRIO PARA OS JOVENS DE 10º ANO E CEF

Turma_____ Data____/____/____ Idade_____ Sexo_____

Situação conjugal dos teus pais_____ Com quem
vives_____

Religião _____ Praticante _____

Se tens uma religião, como encaras as Normas Doutrinárias da mesma (responde sim ou não)

Sigo fielmente as normas _____ Existem normas com as quais não me identifico_____

COM QUEM COSTUMAS CONVERSAR SOBRE SEXUALIDADE? PORQUÊ?

SENTES DIFICULDADE EM CONVERSAR COM OS TEUS PAIS? SIM ☐ NÃO ☐
☐ SE SIM PORQUÊ?_____

DECIDISTE COMEÇAR A TER RELAÇÕES SEXUAIS SIM ☐ NÃO ☐

DECIDISTE COMEÇAR A USAR UM MÉTODO CONTRACETIVO SIM ☐ NÃO ☐
Qual_____

TENS UM AMIGO/A COM TENDÊNCIAS HOMOSSEXUAIS SIM ☐ NÃO ☐

PREOCUPA-TE A SIDA SIM ☐ NÃO ☐

ANDAS PREOCUPADO COM A IMAGEM CORPORAL SIM ☐ NÃO ☐

REFERE COM QUEM PREFERES ABORDAR E ESCLARECER-TE SOBRE TODOS
ESTES ASSUNTOS (ASSINALA COM X, PODES ESCOLHER MAIS DO QUE UM
DOS ITENS)

Pai	
Mãe	
Outro familiar	
Amigos	

Colegas da Escola	
Professores	
Padre	
Internet	
Livros	
Revistas	
Televisão	

Qual a frequência com que falas com a tua mãe e/ou com o teu pai sobre:

1 – Nunca 2 – Pelo menos duas vezes 3 - Frequentemente (atribua um dos valores a cada item)

	MÃE	PAI
Gravidez		
Preservativo		
Relações sexuais entre jovens		
Vida sexual dos adultos		
Sonhos molhados		
Pornografia		
Mudanças corporais na adolescência		
Aborto		
Namoro		
Homossexualidade		
Período menstrual		
Sida		
Outras doenças sexualmente transmitidas		
Pílula		
Masturbação		
Crimes sexuais		

CONSIDERAS-TE
BEM INFORMADO
SOBRE OS
ASSUNTOS
RELACIONADOS
SOBRE A
SEXUALIDADE?
PORQUÊ?

COMO CONSIDERAS QUE TEM SIDO O PAPEL DOS TEUS PAIS NA TUA
EDUCAÇÃO SEXUAL? (ASSINALA COM X)

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

COMO CONSIDERAS QUE TEM SIDO O PAPEL DOS TEUS AMIGOS NA TUA
EDUCAÇÃO SEXUAL?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

COMO CONSIDERAS QUE TEM SIDO O PAPEL DA ESCOLA NA TUA EDUCAÇÃO
SEXUAL?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

COMO CONSIDERAS QUE TEM SIDO O PAPEL DA IGREJA NA TUA EDUCAÇÃO
SEXUAL?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

COMO CONSIDERAS QUE TEM SIDO O PAPEL DA TELEVISÃO NA TUA
EDUCAÇÃO SEXUAL?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

COMO CONSIDERAS QUE TEM SIDO O PAPEL DA INTERNET NA TUA
EDUCAÇÃO SEXUAL?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

COMO CONSIDERAS QUE TEM SIDO O PAPEL DOS LIVROS CIENTÍFICOS NA
TUA EDUCAÇÃO SEXUAL?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

COMO CONSIDERAS QUE TEM SIDO O PAPEL DA IMPRENSA ESCRITA NA TUA
EDUCAÇÃO SEXUAL?

Pouco importante				Muito importante
1	2	3	4	5

Assinala (com X na quadrícula) a tua opinião em relação a cada uma das seguintes frases:

- 1 - discordo totalmente 2 - discordo bastante 3 - Não tenho posição definida
4 - concordo bastante 5 - concordo totalmente

1. As praias de nudistas deveriam ser totalmente proibidas

1	2	3	4	5

2. O aborto deve ser acessível sempre que uma mulher sinta que essa é a sua melhor decisão

1	2	3	4	5

3. A informação e orientação sobre contraceção deveriam ser dadas a todas as pessoas que desejam ter relações sexuais.

1	2	3	4	5

4. Os pais deveriam ser informados se os seus filhos menores de 18 anos forem a uma consulta para pedir métodos contraceptivos.

1	2	3	4	5

5. O governo deveria fazer mais para evitar a distribuição de materiais pornográficos

1	2	3	4	5

6. A prostituição deveria ser legalizada

1	2	3	4	5

7. Abraçar ou beijar alguém do sexo oposto faz parte natural da experiência do crescimento dos jovens.

1	2	3	4	5

8. As carícias excitantes em qualquer parte do corpo só deveriam ser permitidas às pessoas casadas.

1	2	3	4	5

9. As relações sexuais dos jovens são um facto para mim, inadmissível.

1	2	3	4	5

10. As relações sexuais entre jovens solteiros são admissíveis, mesmo que não haja afeto, se as pessoas envolvidas estiverem de acordo.

1	2	3	4	5

11. O comportamento homossexual é uma variação aceitável das preferências sexuais das pessoas.

1	2	3	4	5

12. Uma pessoa que apanhe uma doença de transmissão sexual, está a ter exatamente o que merece.

1	2	3	4	5

13. O comportamento sexual das pessoas é uma matéria que só a elas diz respeito e ninguém deve fazer juízos morais sobre isso.

1	2	3	4	5

14. As relações sexuais deveriam somente ter lugar entre pessoas casadas uma com a outra.

1	2	3	4	5

15. A masturbação é um comportamento admissível na adolescência.

1	2	3	4	5

16. Homens e mulheres devem ter os mesmos direitos e liberdades na sua vida sexual.

1	2	3	4	5

17. A educação sexual nas escolas é uma coisa útil para os jovens.

1	2	3	4	5

18. A iniciativa sexual deve caber mais aos homens do que às mulheres

1	2	3	4	5

19. A educação sexual na escola pode despertar nos jovens comportamentos sexuais mais precoces.

1	2	3	4	5

20. A virgindade nas raparigas é ainda um valor a preservar.

1	2	3	4	5

21. Está provado que a masturbação faz mal à saúde.

1	2	3	4	5

22. É à família e não à escola, a quem compete a educação sexual dos filhos.

1	2	3	4	5

Muito obrigado pela tua colaboração

Anexo 3 – Mapa das Intervenções na Escola Secundária Mouzinho da Silveira e na Escola Secundária de São Lourenço

Mapas das Intervenções na Escola Secundária Mouzinho da Silveira e na Escola Secundária São Lourenço

Dias	2 Maio	3 Maio	4 Maio	5 Maio	6 Maio
1º Tempo Manhã	Hora: 8.30 às 10 Horas Turma: 10ºC Sala: A10 Prof.: Cristina Nabais Grupo: Nuno Lúcia		Hora: 8.30 às 10 Horas Turma: 9ªA Sala: A6 Prof.: Francisco Baião Grupo: Almada Hora: 8.30 às 10.00 Horas Escola São Lourenço Turma: 10ºE Sala: 14 Prof.: Lourenço Grupo: Nuno Crastes/Joana		
		Hora: 10.15 às 11.45 Horas Turma: 10ºE Sala: B9 Prof.: Acácio Garcia Grupo: Castelo Branco	Hora: 10.15 às 11.45 Horas Turma: 8ªA Sala: A5 Prof.: Luís Pinto Grupo: Almada	Hora: 10.15 às 11.45 Horas Turma: 10ºF Sala: A7 Prof.: Carla Sério Grupo: Almada	Hora: 10.15 às 11.45 Horas Turma: 8ªB Sala: A5 Prof.: Luís Pinto Grupo: Pedro Paula
	Hora: 11.55	Hora: 11.55	Hora: 11.55 às	Hora: 11.55	

3º Tempo Manhã	às 13.25 Horas	às 13.25 Horas	13.25 Horas	às 13.25 Horas	
	Turma: 10ºB	Turma: 10ºD	Turma: 1ºE	Escola São Lourenço	
	Sala: C6	Sala: C6	Sala: A16	Turma: 10ºF	
	Prof.: Graça Galvão	Prof.: Pedro Figueira	Prof.: Carla Sério	Sala: 28	
	Grupo: Nuno Lúcia	Grupo: Castelo Branco	Grupo: Almada	Prof.: Lourenço	
				Grupo: Almada	
1º Tempo Tarde	Hora: 14.25 às 15.55 Horas	Hora: 14.25 às 15.55 Horas			Hora: 14.25 às 15.55 Horas
	Turma: 9ºB	Turma: 10ºA			Turma: 8ºC
	Sala: A16	Sala: C5			Sala: A5
	Prof.: Carla Sério	Prof.: Sofia Cid			Prof.: Francisco Baião
	Grupo: Crastes Joana	Grupo: Castelo Branco			Grupo: Pedro Paula
2º Tempo Tarde	Hora: 16.05 às 17.35 Horas				
	Turma: 9ºC				
	Sala: A15				
	Prof.: Carla Sério				
	Grupo: Crastes Joana				

Anexo 4 – Planos de sessões

Fase da sessão	Sequência Didática	Conteúdos (8ºano)	Metodologias E técnicas Pedagógicas	Recursos Didáticos	Tempo
Introdução	Tema/ Motivação	APRESENTAÇÃO: - Formadores; - Tema. - Objetivos da sessão APRESENTAÇÃO FORMANDOS: - Nome, idade - Expectativas em relação sessão	Expositivo Brainstorming		5min
Desenvolvimento	Exposição Do Tema	- DEFINIÇÃO SEXUALIDADE (*) - Compor a definição de sexualidade com o grupo de alunos - Definição da OMS - PAPÉIS DE GENERO (**) - METODOS CONTRACEPTIVOS (***) - O que são métodos contraceptivos? - Métodos contraceptivos que conhecem? - Para que servem? - FONTES DE INFORMAÇÃO	Brainstorming Expositivo Filme: gênero_papeis sociais Brainstorming Brainstorming Caixa de perguntas /debate Expositivo	Quadro Projetor Computador Projetor Computador Quadro Projetor Computador	70min
Conclusão	Fecho da sessão	RESUMO DOS TEMAS PREENCHIMENTO DO QUESTIONARIO DE SATISFAÇÃO/AVALIAÇÃO FORMATIVA			15min

Fase da sessão	Sequência Didática	Conteúdos (9ºano)	Metodologias E técnicas Pedagógicas	Recursos Didáticos	Tempo
Introdução	Tema/ Motivação	APRESENTAÇÃO: - Formadores APRESENTAÇÃO FORMANDOS:	Expositivo Brainstorming		5min
Desenvolvimento	Exposição Do Tema	- DEFINIÇÃO SEXUALIDADE (*) - Compor a definição de sexualidade com o grupo de alunos - Definição da OMS - PAPÉIS DE GENERO (**) - METODOS CONTRACEPTIVOS (***) - O que são métodos contraceptivos? - Métodos contraceptivos que conhecem? - Para que servem? - FONTES DE INFORMAÇÃO	Brainstorming Expositivo Filme: género_papeis sociais Debate Brainstorming Caixa de perguntas/ debate Expositivo	Quadro Projektor Computador Projektor Computador Quadro Projektor Computador	70min
Conclusão	Fecho da sessão	RESUMO DOS TEMAS PREENCHIMENTO DO QUESTIONARIO DE SATISFAÇÃO/AVALIAÇÃO FORMATIVA			15min

Fase da sessão	Sequência Didática	Conteúdos(10ºano/CEF)	Metodologias E técnicas Pedagógicas	Recursos Didáticos	Tempo
Introdução	Tema/ Motivação	APRESENTAÇÃO - Formadores APRESENTAÇÃO FORMANDOS	Expositivo Brainstorming		5min
Desenvolvimento	Exposição Do Tema	- DEFINIÇÃO SEXUALIDADE (*) - Compor a definição de sexualidade com o grupo de alunos - Definição da OMS - IST/Gravidez (**) GRAVIDEZ - Prevenção da gravidez (métodos contraceptivos) - Que desafios? -Onde posso encontrar ajuda? IST -o que são? - Como se previnem? - Quais as que conhecem?	Brainstorming Expositivo Filme: “Uma escolha” Brainstorming brainstorming	Quadro Projetor Computador Projetor Computador Quadro	70min
Conclusão	Fecho da sessão	RESUMO DOS TEMAS PREENCHIMENTO DO QUESTIONARIO DE SATISFAÇÃO/AVALIAÇÃO FORMATIVA			15min

Anexo 5 – Questionário de avaliação da satisfação dos jovens na Escola Secundária Mouzinho da Silveira e na Escola Secundária de São Lourenço

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS JOVENS

(Escola Secundária Mouzinho da Silveira e Escola Secundária de São Lourenço)

Tendo como preocupação a satisfação global dos jovens, os alunos do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, pretende avaliar o trabalho desempenhado junto dos jovens.

Estamos certos que o teu contributo será fundamental para a melhoria do nosso desempenho. Nesse sentido, agradecemos que preenchas este questionário da forma mais sincera possível.

Dados de caracterização:

Idade: ____ anos Sexo: F ____ M ____ Ano de escolaridade: ____

Estabelecimento de ensino: _____ Data ____/____/____

Questionário:

Questões		Insatisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Extremamente satisfeito
1	Forma como te sentiste durante a sessão					
2	Simpatia e disponibilidade dos técnicos					
3	Competência e profissionalismo dos técnicos					
4	Utilidade dos temas abordados					
5	Forma como os temas foram abordados					

6	Esclarecimento de dúvidas					
7	A sessão correspondeu às tuas expectativas?					
8	Grau de satisfação em geral					

Comentários / Sugestões:

Obrigada pela tua colaboração

Anexo 6 – Mapa das Intervenções na Escola Superior de Saúde de Portalegre

Mapas das Intervenções na Escola Superior de Saúde de Portalegre

Dia	26 Abril	27 Abril	28 Abril	29 Abril
Manhã	<p>Escola Secundária Mouzinho da Silveira</p> <p>12º Ano</p> <p>Horas – 9.30 H</p> <p>53 Alunos</p>	<p>Escola Secundária Mouzinho da Silveira</p> <p>9º Ano</p> <p>Hora – 9.30H</p> <p>68 Alunos</p> <p>Escola Secundária São Lourenço</p> <p>12º Ano</p> <p>Hora- 12H</p> <p>50 Alunos</p>	<p>Escola Básica Cristovão Falcão</p> <p>9º Ano</p> <p>Hora – 9H</p> <p>22 Alunos</p> <p>Escola Básica Cristovão Falcão</p> <p>9º Ano</p> <p>Hora – 10.25H</p> <p>21 Alunos</p>	<p>Escola Secundária São Lourenço</p> <p>12º Ano</p> <p>Hora- 12H</p> <p>50 Alunos</p>
Tarde	<p>Escola Secundária Mouzinho da Silveira</p> <p>12º Ano</p> <p>Horas – 15 H</p> <p>32 Alunos</p>		<p>Escola Básica Cristovão Falcão</p> <p>9º Ano</p> <p>Hora – 15.30H</p> <p>21 Alunos</p>	<p>Escola Básica 2,3 José Régio</p> <p>9º Ano</p> <p>Hora – 14 H</p> <p>75 Alunos</p>
Grupo	Crastes Rabaça Joana Lúcia Nuno Paula	Crastes Rabaça Joana Lúcia Nuno Paula	Susana Luís Pereira Luís Sónia Marília Ana Andres Milena	Susana Luís Pereira Luís Sónia Marília Ana Andres Milena

Anexo 7 – Planos de sessões

Fase da sessão	Sequência Didática	Conteúdos (9ºano) SBV	Metodologias E técnicas Pedagógicas	Recursos Didáticos	Tempo
Introdução	Tema/ Motivação	APRESENTAÇÃO: - Formadores; - Tema. - Objetivos da sessão APRESENTAÇÃO FORMANDOS: - Nome, idade - Expectativas em relação sessão	Expositivo Brainstorming		
Desenvolvimento	Exposição Do Tema	- DEFINIÇÃO SBV - Compor a definição de SBV com o grupo de alunos - SIEM - REANIMAÇÃO CARDIO RESPIRATÓRIA - TECNICAS DE REANIMAÇÃO - APLICAÇÃO PRÁTICA	Brainstorming Expositivo Filme: género_papeis sociais Brainstorming Brainstorming Caixa de perguntas /debate Expositivo Demonstrativo	Quadro Projetor Computador Projetor Computador Quadro Projetor Computador	
Conclusão	Fecho da sessão	RESUMO DOS TEMAS PREENCHIMENTO DO QUESTIONARIO DE SATISFAÇÃO/AVALIAÇÃO FORMATIVA			

Fase da sessão	Sequência Didática	Conteúdos (12ºano) SBV	Metodologias E técnicas Pedagógicas	Recursos Didáticos	Tempo
Introdução	Tema/ Motivação	APRESENTAÇÃO: - Formadores; - Tema. - Objetivos da sessão APRESENTAÇÃO FORMANDOS: - Nome, idade - Expectativas em relação sessão	Expositivo Brainstorming		
Desenvolvimento	Exposição Do Tema	- DEFINIÇÃO SBV - Compor a definição de SBV com o grupo de alunos - SIEM - REANIMAÇÃO CARDIO RESPIRATÓRIA - TECNICAS DE REANIMAÇÃO - APLICAÇÃO PRÁTICA	Brainstorming Expositivo Filme: gênero_papeis sociais Brainstorming Brainstorming Caixa de perguntas /debate Expositivo Demonstrativo	Quadro Projetor Computador Projetor Computador Quadro Projetor Computador	
Conclusão	Fecho da sessão	RESUMO DOS TEMAS PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO/AVALIAÇÃO FORMATIVA			

Anexo 8 – Questionário de avaliação da satisfação dos jovens na Escola Superior de Saúde de Portalegre

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS JOVENS

(Escola Superior de Saúde de Portalegre)

Tendo como preocupação a satisfação global dos jovens, os alunos do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, pretende avaliar o trabalho desempenhado junto dos jovens.

Estamos certos que o teu contributo será fundamental para a melhoria do nosso desempenho. Nesse sentido, agradecemos que preenchas este questionário da forma mais sincera possível.

Dados de caracterização:

Idade: ____ anos Sexo: F ____ M ____ Ano de escolaridade: ____

Estabelecimento de ensino: _____ Data ____/____/____

Questionário:

Questões		Insatisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Extremamente satisfeito
1	Forma como te receberam neste espaço					
2	Forma como te sentiste durante o tempo em que estiveste neste espaço					
3	Simpatia e disponibilidade dos técnicos					
4	Competência e profissionalismo dos técnicos					

5	Utilidade dos temas abordados					
6	Forma como os temas foram abordados					
7	Esclarecimento de dúvidas					
8	A sessão correspondeu às tuas expectativas?					
9	Grau de satisfação em geral					
10	Pretendes concorrer a esta Escola Superior após terminares o 12.º ano?	Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>		
11	Recomendarias esta Escola Superior aos teus amigos?	Sim <input type="checkbox"/>		Não <input type="checkbox"/>		

Comentários / Sugestões:

Obrigada pela tua colaboração